

Année 1959

N°

536

T H E S E  
pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

par

BARTHET Henri, Jean, Emile

Né le 17 Octobre 1923, à Paris (V°)

Présentée et soutenue publiquement le

1959

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE CERTAINS ETATS REGRESSIFS  
CHEZ LE VIEILLARD

Président : Monsieur DELAY,  
Professeur.



Année 1959

---

N°

-----

T H E S E  
pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

par

BARTHET Henri, Jean, Emile

Né le 17 Octobre 1923, à Paris (V°)

-----

Présentée et soutenue publiquement le

-----

---

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE CERTAINS ETATS REGRESSIFS  
CHEZ LE VIEILLARD

---

Président : Monsieur DELAY,  
Professeur.





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547114\\_0008](https://archive.org/details/IA41547114_0008)

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),  
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.),  
 DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN  
 HARVIER (P.), HAZARD (R.), JEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LARO-  
 CHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.)  
 LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.)  
 MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (C.),  
 STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN ..... Léon BINET  
 Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE.

# I. - PROFESSEURS

|                                                                              | MM.                     |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Anatomie .....                                                               | CORDIER (G.)            |
| Anatomie (Chaire à titre personnel) .....                                    | DELMAS (A.)             |
| Anatomie pathologique .....                                                  | DELARUE (J.)            |
| Anesthésiologie .....                                                        | BAUMANN (J.)            |
| Bactériologie .....                                                          | FASQUELLE (R.)          |
| Biochimie médicale .....                                                     | JAYLE (M.F.)            |
| Biologie appliquée à l'Education physique<br>et aux sports .....             | CHAILLEY-BERT (P.)      |
| Biologie médicale .....                                                      | FAUVERT (R.)            |
| Cancérologie médicale et sociale .....                                       | BERNARD (J.)            |
| Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy) .....                              | REDON (H.)              |
| Clinique cardiologique (Broussais) .....                                     | MOUQUIN (M.)            |
| (Beaujon .....                                                               | SICARD (A.)             |
| (Cochin .....                                                                | QUENU (J.)              |
| (Hotel Dieu .....                                                            | MENEGAUX (G.)           |
| Cliniques chirurgicales (St-Antoine .....                                    | GOSSET (J.)             |
| (Salpêtrière .....                                                           | MOULONGUET (P.)         |
| Clinique de chirurgie infantile et ortho-<br>pédique (Enfants-Malades) ..... | FEVRE (M.)              |
| Clinique chirurgicale orthopédique et ré-<br>paratrice (Cochin) .....        | MERLE D'AUBIGNE (R.)    |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire<br>(Broussais) .....                 | GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
| clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire<br>(Laënnec) .....                   | MATHEY (J.)             |
| Clinique endocrinologique (Pitié) .....                                      | DECOURT (J.)            |
| Clinique génétique médicale (Enfants Malades) .....                          | LAMY (M.)               |
| Clinique gynécologique (Broca) .....                                         | FUNCK-BRENTANO (P.)     |
| Clinique des maladies cutanées et syphili-<br>tiques (St-Louis) .....        | DEGOS (R.)              |
| Clinique des maladies d'enfants (Enfants-<br>Malades) .....                  | CATHALA (J.)            |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-<br>Bernard) .....                | MOLLARET (P.)           |



|                                                                                        |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sté-Anne) .....                      | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker)                                            | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang (Broussais)..                                            | MARCHAL (G.)               |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) .....                           | ALAJOUANINE (T.)           |
| (Broussais .....                                                                       | GENNES (L. de)             |
| (Cochin .....                                                                          | JUSTIN-BESANCON (L.)       |
| Cliniques médicales .... (Hotel-Dieu .....                                             | BARIETY (M.)               |
| (Lariboisière ...                                                                      | SOULIE (P.)                |
| (Pitié .....                                                                           | DREYFUS (G.)               |
| (St-Antoine .....                                                                      | KOURILSKY (R.)             |
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) .....            | BEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale propédeutique ....                                                   | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu). | DEROT (M.)                 |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .....                                              | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| (Baudelocque .                                                                         | LACOMME (M.)               |
| Cliniques obstétricales ... (Port-Royal ..                                             | N...                       |
| (Tarnier .....                                                                         | VARANGOT (J.)              |
| Clinique ophtalmologique (Hotel-Dieu) ....                                             | RENARD (G.)                |
| Clinique oto-Rhino-laryngologique (Lariboisière)                                       | AUBRY (M.)                 |
| Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants Malades)                                        | MARIE (J.)                 |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).                                             | BERNARD (E.)               |
| Clinique de psychiatrie infantile (Salpêtrière)                                        | MICHAUX (L.)               |
| Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)                                          | LELONG (M.)                |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .....                            | COSTE (F.)                 |
| Clinique stomatologique (Pitié) .....                                                  | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)                                        | SENEQUE (J.)               |
| Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)                                           | LEMAIRE (A.)               |
| Clinique urologique (Cochin) .....                                                     | FEY (B.)                   |
| Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel) .....                           | DJOURNO (A.)               |
| Embryologie .....                                                                      | GIROUD (A.)                |
| Histoire de la Médecine et de la chirurgie                                             | N...                       |
| Histologie .....                                                                       | VERNE (J.)                 |
| Hygiène des collectivités (chaire et titre personnel) .....                            | DEPARIS (M.)               |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) .....                           | TURPIN (R.)                |
| Hygiène et médecine préventive .....                                                   | JOANNON (P.)               |
| Médecine du travail .....                                                              | DESOILE (H.)               |
| Médecine légale .....                                                                  | PIEDELIEVRE (R.)           |
| Parasitologie .....                                                                    | GALLIARD (H.)              |
| Pathologie chirurgicale .....                                                          | COUVELAIRE (R.)            |
| Pathologie exotique .....                                                              | LAVIER (G.)                |
| Pathologie expérimentale et comparée ....                                              | LENEGRE (J.)               |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) .....      | MERKLEN (F.P.)             |
| Pathologie médicale .....                                                              | N...                       |
| Pathologie et thérapeutique générales ....                                             | GARCIN (R.)                |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                                | CHEYMOL (J.)               |
| Physiologie .....                                                                      | BINET (L.)                 |
| Physiologie (chaire à titre personnel) ...                                             | BARGETON (D.)              |
| Physique médicale .....                                                                | DOGNON (A.)                |



|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| Radiologie médicale .....    | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale ..... | PATEL (J.)   |
| Thérapeutique .....          | DROUET (G.)  |

## II - PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

|                                    |                                                                                                            |                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie .....                     | (CABROL (C.)<br>(COUINARD (C.)<br>(OLIVIER (G.)                                                            | Maladies infectieuses      | (BASTIN (R.)<br>(DUPONT (V.)                                                                                                                                                                                                                             |
| Anatomie pathologique              | (GAUTHIERS-VILLARS<br>(Melle.P. pr.s.ch.<br>(BUSSER (F.)<br>(GOUYGOU (Ch.)<br>(ORCEL (L.)<br>(PAILLAS (J.) | Médecine légale.....       | (DEROBERT (L.)<br>(pr.s.ch.<br>(HADENGUE (A.)<br>(FOURNIER (E.)<br>(GUENIOT (M.)                                                                                                                                                                         |
| Anesthésiologie                    | VOURC'H (G.)<br>(NEVOT (A.)<br>(pr.s;ch.                                                                   | Médecine du travail ....   | ALBAHARY (C.)                                                                                                                                                                                                                                            |
| Bactériologie.                     | (BARBIER (P.)<br>(CHRISTOL (D.)<br>(TOURNIER (P.)<br>(DESGREZ (P.)                                         | Neuro-chirurgie            | DAVID (M.)                                                                                                                                                                                                                                               |
| Biochimie médicale ...             | (pr.s.ch.<br>(POLONOSKI (J.)<br>(m.conf.<br>(SCHAPIRA (G.)<br>(m.conf.                                     | Neurologie ....            | LHERMITE (F.)                                                                                                                                                                                                                                            |
| Biologie méd.                      | BOURLIERE (F.)<br>(M.conf.)                                                                                | Obstétrique ..             | (GRANJON (A.)<br>(HERVET (E.)<br>(LE LORIER (G.)<br>(MORIN (P.)<br>(MUSSET (R.)<br>(ROBEY (M.)<br>(THOYER-ROZAT (J.)                                                                                                                                     |
| Carcinologie .                     | (DENOIX (P.)<br>(MATHE (G.)                                                                                | Ophthlalmologie.           | (BREGEAT (P.)<br>(SARAUX (H.)                                                                                                                                                                                                                            |
| Dermato-syphili-<br>lographie .... | DUPERRAT (B.)                                                                                              | Orthopédie ....            | (JUDET (R.)<br>(RAMADIER (J.)                                                                                                                                                                                                                            |
| Electro-Radio-<br>logie .....      | LEDOUX-LEBARD                                                                                              | Oto-Rhino-<br>Laryngologie | DEBAIN (J.)<br>(BRUMPT (L.C.)                                                                                                                                                                                                                            |
| Embryologie ..                     | TUCHMANN-DU-<br>PLESSIS (H.)                                                                               | Parasitologie..            | (pr.s.ch.<br>(CHABAUD (A.)                                                                                                                                                                                                                               |
| Hématologie ..                     | (BILSKI-PASQUIER<br>(DAUSSET (J.)<br>(GOUJARD (R.)<br>(pr.s.ch.                                            | Pathologie chirurgicale    | (BARCAT (J.)<br>(BINET (J.-P.)<br>(CAUCHOIX (J.)<br>(CHATELIN (C.L.)<br>(DUBOST (Ch.)<br>(DUBOST (Cl.)<br>(FAUREL (J.)<br>(FLABEAU (F.)<br>(GERMAIN (A.)<br>(LAURENCE (G.)<br>(agr.per.<br>(LORTAT-JACOB<br>(LOYGUE (J.)<br>(MERCADIER<br>(PERROTIN (J.) |
| Histologie ...                     | (MAROIS (M.)<br>(RACADOT (J.)                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Hydrologie ...                     | CORNET (A.)<br>(BOYER (J.)<br>(pr.s.ch.                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Hygiène .....                      | (CORRE-HURST<br>(Mme L.                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |



|               |                   |                    |                    |
|---------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Pathologie    | (ROBERT (H.)      |                    | (JOSEPH (R.)       |
| chirurgicale  | (THOMERET (G.)    | Pédiatrie          | (MANDE (R.)        |
| Pathologie    |                   | Puériculture ..    | (MOZZIGONACCI (P.) |
| exotique ...  | SCHNEIDER (J.)    |                    | (POLONOVSKI (C.)   |
|               | (CROSNIER (J.)    |                    | (ROSSIER (A.)      |
| Pathologie    | (HARTMANN (L.)    |                    | (LEVY (Melle J.)   |
| expérimentale | (LOEPER (J.)      | Pharmacologie ...  | (pr.s.ch.          |
|               | (MAURICE (J.)     |                    | (BOISSIER (J.)     |
|               | (PLAS (F.)        |                    | (LECHAT (P.)       |
|               | (RICHET (G.)      |                    | (PARROT (J.)       |
|               | (AUSSANNAIRE (M.) | Physiologie .....  | (pr.s;ch.          |
|               | (BOUR (H.)        |                    | (DEJOURS (P.)      |
|               | (BOUVIER (J.)     | Physique           |                    |
|               | (BOUVRAIN (Y.)    | médicale .....     | GOUGEROT (L.)      |
|               | (BRICAIRE (H.)    |                    | (m. conf.)         |
|               | (BRISSAUD (H.)    | Pneumo-phtisiolo-  |                    |
|               | (BROCARD (H.)     | gie...             | KREIS (B.)         |
|               | (BUGE (A.)        | Psychiatrie .....  | PICHOT (P.)        |
|               | (CASTAIGNE (P.)   |                    |                    |
| Pathologie    | (m. conf.         | Psychiatrie        |                    |
| médicale ...  | (CATINAT (J.)     | infantile .....    | DUCHE (D.)         |
|               | (CONTAMIN (F.)    | Rhumatologie ....  | DELBARRE (F.)      |
|               | (COURY (C.)       |                    |                    |
|               | (FREZAL (J.)      |                    | (CERNEA (P.)       |
|               | (HOUSSET (E.)     |                    | (CHAPUT (Mme A.)   |
|               | (LAROCHE (Cl.)    | Stomatologie ..... | (m.c.agr.          |
|               | (LESORBE (R.)     |                    | (GRELLET (M.)      |
|               | (MACREZ (C.)      |                    |                    |
|               | (NICK (J.)        |                    | (CHASSAGNE (P.)    |
|               | (PEQUIGNOT (H.)   | Thérapeutique .... | (LANOTTE (M.)      |
|               | (m. conf.         |                    |                    |
|               | (ROYER (P.)       | Urologie .....     | QUENU (L.)         |
|               | (WOLFROMM (R.)    |                    |                    |

### III - PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES

#### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

|              |                |                |                 |
|--------------|----------------|----------------|-----------------|
|              | MM.            |                | MM.             |
|              | (ABOULKER (P.) |                | (HAGUENEAU (J.) |
|              | (AMELINE (A.)  |                | (pr.s.ch.       |
|              | (HUGUIER (J.)  |                | (BOUDIN (G.)    |
| Clinique     | (LEGER (L.)    | Clinique       | (CONTE (M.)     |
| chirurgicale | (OLIVIER (C.)  | Médicale ..... | (DOMART (A.)    |
|              | (PADOVANI (P.) |                | (MILLIEZ (P.)   |
|              | (POILLEUX (F.) |                | (PERRAULT (M.)  |
|              | (ROUX (M.)     |                | (RAMBERT (P.)   |
|              | (VERNE (J.-M.) |                | (THIEFFRY (S.)  |
|              |                |                | (TURIAT (J.)    |



|                                  |                 |                                        |              |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------|
| Clinique neuro<br>rhumatologique | SEZE (S. de)    | Clinique oto-rhino<br>laryngologique.. | MADURO (R.)  |
|                                  | (GRASSET (J.)   | Clinique pédiatri-                     |              |
|                                  | (LEPAGE (F.)    | que et puériculture                    | LAPLANE (R.) |
| Clinique<br>obstétricale ..      | (MAYER (M.)     | Clinique                               |              |
|                                  | (MERGER (R.)    | psychiatrique ...                      | BARUK (H.)   |
|                                  | (RAVINA (J.)    |                                        |              |
| Clinique                         | (DESVIGNES (P.) | Clinique                               |              |
| ophtalmologique                  | (OFFRET (G.)    | urologique .....                       | KUSS (R.)    |

IV.- PROFESSEURS DETACHES  
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Bactériologie .....           | HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.   |
| Biochimie médicale .....      | ETTORI (J.) Pr.à t.pers. |
| Pathologie chirurgicale ..... | RUDLER (J.) Pr.s.ch.     |

-----

|                                        |                        |
|----------------------------------------|------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté ..... | M. LENA (J.)           |
| Secrétaires .....                      | Mme BEURLAND (H.)      |
|                                        | Melle CHAINTREUIL (G.) |
|                                        | Melle HURE (A.)        |

-----

|                                                                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Conservateur chargé de la direction<br>de la Bibliothèque ..... | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs .....                                             | Melle DUMAITRE (P.)     |
|                                                                 | Melle GOICHON (A.-M.)   |
| Bibliothécaires .....                                           | Mme CONTET (J.)         |
|                                                                 | Melle LAURENT (H.)      |
|                                                                 | Melle LE NOIR (G.)      |
|                                                                 | Melle QUIEVREUX (E.)    |

-----



A mes parents,  
avec toute mon affection.

A ma femme,

A mes enfants,

A mes frères,

A tous mes amis.



A Monsieur le Professeur Jean DELAY,

qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'assurance  
de notre profond respect.



Au Docteur Georges DAUMEZON,  
Médecin Chef des Hôpitaux  
Psychiatriques de la Seine,  
Médecin de l'Admission de STE ANNE,

qui nous a fourni la matière de ce  
travail, nous a ouvert les portes de  
son service et communiqué des observa-  
tions personnelles et nous a guidé durant  
plusieurs années,

En gage de reconnaissance pour son ensei-  
gnement et pour l'amitié qu'il nous a tou-  
jours témoignée,

Il reste pour nous un modèle.

Nous tenons à l'assurer de notre respec-  
tueuse affection.



A M. le Docteur Marcel CARON,  
Ancien Chef de Clinique à la Faculté  
de Paris,  
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,

A M. le Docteur Jean CARRERE,  
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques  
de la Seine,

A Mme le Docteur Andrée DESCHAMPS,  
Médecin Chef à l'Hôpital Psychiatrique  
de Fleury-les-Aubrais (Loiret)

Avec nos sentiments très respectueux.



- à mes Professeurs de la Faculté de  
Médecine de GRENOBLE, TOURS, et PARIS.



## I N T R O D U C T I O N

---

Les faits sur lesquels nous avons l'intention d'attirer l'attention peuvent apparaître au psychiatre ayant une certaine pratique comme au total assez banaux, correspondant à des observations quotidiennes qui lui sont familières. Cependant, la recherche d'une bibliographie sur ce chapitre est particulièrement infructueuse. Les problèmes de la sénilité, pour si quotidiens qu'ils soient, sont en général envisagés en raison des conditions d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques avec, à la fois, accablement et mauvaise humeur. Depuis que les asiles reçoivent, pêle-mêle, tous les sujets dont l'adaptation laisse à désirer, le contingent des malades séniles n'a cessé de croître et cette situation a été constamment ressentie par les aliénistes comme une grave gêne. Le fait d'autre part, que les possibilités thérapeutiques soient spécialement limitées à la garde de cette catégorie de malades a accentué le découragement. Appelés, en raison du grand nombre de malades entrants, à organiser leur activité en fonction de critères d'efficacité, rares sont les psychiatres qui ont le temps d'étudier de façon un peu serrée les malades déficitaires séniles. Aussi, la plupart du temps, de contente-t-on facilement du diagnostic quasi évident de détérioration, sans chercher beaucoup à fouiller davantage. Il est néanmoins admis par tous les psychiatres que certains aspects déficitaires sont relativement labiles. D'ordinaire, cette labilité est mise sur le compte d'une confusion symptomatique venant compliquer la détérioration de base et il est même assez difficile de retrouver des observations sérieuses en ces matières, elles aussi considérées comme trop quotidiennes.

Mais il est apparu que si l'on étudiait de façon un peu plus serrée un grand nombre d'entrants qualifiés de



déments séniles, et si l'on étudiait l'évolution des signes présentés à côté des constatations autotoxiques indiscutables, un certain nombre de malades présentaient des modifications considérables du tableau dementiel et que pour certain d'entre eux le tableau enregistré et ainsi effacé ne pouvait être considéré comme susceptible d'être expliqué par une atteinte toxique.

Afin de mieux marquer la perspective dans laquelle se place ce travail, il nous paraît favorable de fournir une observation particulièrement démonstrative.

#### Observation n°1 -

Mr S.... 74 ans, est un sujet connu de longue date par le Docteur DAUMEZON, qui pendant plusieurs années, a été amené à donner ses soins à la femme du sujet, elle-même maniaco-dépressive.

Antécédents familiaux : père et mère décédés aux environs de la soixantaine, d'affections banales. Une soeur décédée de cancer.

Marié, sans enfant.

Antécédents personnels : pas de maladie grave. Le sujet est depuis longtemps légèrement hypertendu. C'est un individu hyperactif, de morphologie picnique. Commerçant syntone, il a, pendant de nombreuses années, dirigé une grande agence provinciale d'une importante marque de voitures. Il déversait en outre son trop plein ~~dix-neuf~~ de sociabilité dans la participation à de multiples entreprises locales dans lesquelles il était habituellement vice-président : vice-président du comité de la foire, etc, etc...

L'âge venant, Mr S. décida de quitter les affaires et de retourner dans son pays natal où il avait acheté un pavillon. Il se retire ainsi avec sa femme, toujours en équilibre psychique menacé, dans une région qu'il a quittée il y a une cinquantaine d'années au paravant et où ses seules



relations se limitent à des neveux et nièces. Il fait l'expérience classique de retrouver d'anciens camarades d'études qui n'ont plus de commun avec lui que des souvenirs usés et avec lesquels la conversation s'épuise au bout de quelques instants. C'est dans ces conditions que s'installe, après les quelques mois nécessités par l'aménagement du pavillon, un état dépressif, qui, bien que le sujet évoque par sa morphologie un picnique maniaco-dépressif, n'a pas une réelle structure mélancolique. Le malade, avec un certain théâtralisme, annonce qu'il se sent fini et que le pays où il vient de se retirer lui devient intolérable. Il manifeste parfois avec une certaine véhémence un *taedium vitae* plus ostentatoire que sincère. Sa femme participe vivement à cette inquiétude et lui fournit le chœur amplifiant de ses doléances.

Le sujet vient consulter le Docteur DAUMEZON qui l'envoie à la maison de santé du Docteur Fouquet, à Versailles. Là, une médication symptomatique joue certes un rôle sédatif, mais le changement de milieu est indiscutablement le facteur essentiel d'une amélioration rapide et, au bout de 3 semaines, le sujet repart guéri. Il semble que l'adaptation dans le milieu de retraite se soit notablement amélioré par la suite et le sujet retrouve, en apparence, une relative santé mentale. Néanmoins, un an après environ, Mr S. vient à nouveau consulter dans un état identique à celui enregistré lors de l'épisode précédent. Il sollicite d'ailleurs l'entrée à la clinique du bon docteur où il espère recouvrer rapidement un meilleur état mental. Faute de place, le sujet doit attendre quelques semaines et il entre à nouveau à la clinique de Versailles. Comme la première fois, on lui propose des tranquillisants, mais, dès le troisième jour, Mr S. déclare que "ce n'est pas comme la première fois" et il décrit de vives angoisses. L'examen physique ne permet néanmoins pas de découvrir une cause susceptible d'être invoquée comme épine irritative de ces désordres : urée à Ogr .40, T.A. fixée de longue date à 19-10.



C'est dans la nuit du 5ème au 6ème jour qui suit l'entrée à la clinique, que Mr S. présente un accident spectaculaire : au matin, la garde ouvrant la porte, le trouve allongé en apparence inanimé, sur la descente de lit. On s'empresse auprès de lui et on obtient un bafouillage incohérent et un aspect d'adynamie. L'examen immédiat pratiqué par le Dr Fouquet est néanmoins négatif : pas de trouble neurologique notable - pas de trouble de la réflectivité - pas d'hyperextensibilité - pas de Babinski. Mais le sujet paraît hébété et répond en bafouillant sans que ses troubles du langage puissent faire penser à une réelle aphasie.

Cet état va se maintenir et devenir même plus manifeste dans les deux jours qui suivent : allongé, soupirant, le sujet paraît ne s'intéresser à rien, ou parfois gémit. Des examens complémentaires sont aussitôt pratiqués : l'urée reste à 0gr .42, le cholestérol à 1 gr.90. Fond d'oeil normal - glycémie : 1gr .10 - ni albumine, ni sucre dans les urines. Un examen neurologique plus approfondi ne permet pas davantage de mettre en évidence de signes significatifs. Cependant, le comportement est profondément altéré : le sujet paraît totalement désorienté, ne reconnaît pas le médecin, ne reconnaît pas le Docteur DAUMEZON qui vient le voir. Au moment des repas, on note son extrême maladresse à se servir des couverts, il macule ses vêtements et le personnel note une certaine attitude pseudo-apraxique : s'étant levé pour uriner, il plonge sa montre au bout de sa chaîne dans le vase.

Malgré l'absence de tout trouble objectif réellement inquiétant, il semble nécessaire de prévenir la femme du sujet qui revient aussitôt et décide de reprendre son malade pour qu'il ne meure pas autre part qu'à la maison. Deux jours plus tard, le Docteur DAUMEZON est appelé par la femme du malade lui demandant de venir le voir chez tel parent où il a été ramené au sortir de la clinique. C'est le malade lui-même qui viendra ouvrir la porte et qui déclare que, dès son arrivée chez son cousin, il a repris ses esprits et se



sent désormais en excellent état. Il accuse néanmoins une certaine asthénie et demande qu'on lui fournisse quelques fortifiants pour pouvoir poursuivre sa convalescence auprès de sa femme à la maison.

Depuis cette époque, le sujet a régulièrement adressé ses vœux de bonne année au Docteur DAUMEZON en l'assurant par la même occasion du maintien de sa bonne santé.

Il ne paraît pas pour l'instant nécessaire de pousser très loin l'analyse de ce cas auquel nous nous référerons par la suite. Néanmoins, nous pouvons d'emblée, énumérer rapidement les divers diagnostics qui furent évoqués : il est bien sûr que lorsque le sujet fut trouvé inanimé sur la descente de lit, l'hypothèse d'un accident vasculaire cérébral fut aussitôt soulevée, et même après que les constatations variées eurent été négatives, la question se posait de savoir si un phénomène spasmodique quelconque n'avait pas été à l'origine de l'adoption de l'attitude du malade. En fait, rien ne permet d'éliminer totalement cette supposition : l'âge du sujet, son hypertension légère habituelle, aussi bien compensée fût elle, nous permettrait facilement d'imaginer l'hypothèse d'un tel accident. Mais, contre cette hypothèse : l'absence d'accidents analogues, comme de toute symptomatologie vasculaire annexe antérieure.

Pour le reste, une fois éliminées les hypothèses de comas variés, et étant donné la symptomatologie particulièrement démonstrative et théâtrale, l'étiquette de manifestation hystérique reste celle qui s'impose.

Nous en avons dit suffisamment pour montrer combien, chez un tel malade, s'était établie progressivement une symbiose avec une épouse maniaco-dépressive, dans un état de dépendance mutuelle. Les éléments de décompensation ne manquaient pas sur le plan social comme sur le plan familial et le malade a présenté alors une attitude de pseudo-coma et de pseudo démence qui a disparu de la façon spectaculaire que l'on sait.



Pour l'instant, il nous paraît inutile de discuter longuement autour de l'expression d'hystérie, mais nous reprendrons ce problème dans un chapitre spécial de notre étude. Il semble que, pour s'en tenir à des notions moins controversées et moins discutables, nous pouvons qualifier l'accident de Mr S... de : "état régressif aigu réversible".

o  
o o

A la lumière d'une telle observation, nous pensons pouvoir envisager dans une perspective analogue un certain nombre d'accidents semblables constatés très fréquemment au cours de la pathologie sénile. L'expérience nous a permis de grouper nos constatations sous 3 rubriques essentielles qui fourniront les trois chapitres cliniques de notre étude.

A/ Les syndromes pseudo-adyamiques d'anéantissement (dont Mr S... donne un exemple typique).

B/ Les syndromes de puérilisme aigu, déjà longuement décrits dans le cadre du puérilisme de DUPRE.

C/ Les syndromes régressifs psychopathiques séniles, soit purs, soit le plus souvent associés avec des tableaux psychotiques ou démentiels variés.

Cependant, avant d'entrer dans l'étude clinique, il nous semble nécessaire de mettre en place les problèmes qui nous intéressent :

a) dans la clinique de gérontologie générale, et spécialement dans la clinique gérontologique psychiatrique

b) essayer de poser la question de l'hystérie sénile, telle qu'elle est habituellement représentée par les auteurs.

o  
o o



## MISE EN PLACE DANS LA CLINIQUE GERONTOLOGIQUE

---

On sait que si l'étude des maladies du vieillard est fort ancienne, un abord systématique de celle-ci est relativement récent. Au point de vue de la psychiatrie, il paraît intéressant de rappeler un certain nombre de chiffres :

ESQUIROL, en 1826 (Séance de l'Académie Royale de Médecine - 23 Juillet 1826), indique : "la physionomie des hospices d'aliénés s'est tellement changée : on<sup>n'</sup> y rencontrait autrefois que les maniaques furieux et des monomaniaques plus dangereux encore, tandis que plus de la moitié de leur population se compose d'insensés paralysés ou de démences séniles et de monomaniaques inoffensifs ...". Précédemment, ESQUIROL signalait que ce chiffre était seulement du quart en 1815 et qu'il atteint maintenant la moitié de la population.

MOREL, en 1864, fait une constatation analogue que l'on retrouve d'ailleurs dans beaucoup d'écrits de la même époque, comme une sorte de clause de style désormais dans tous les écrits psychiatriques consacrés à l'assistance.

Une enquête générale effectuée en 1952 par l'Administration Centrale remarque que, sur un chiffre d'entrées global de 35.521, 5.479 malades, soit 15,3% du nombre total des entrées, sont âgés de plus de 65 ans. Alors que le pourcentage de malades sortis guéris est de 41,6 pour les malades de moins de 65 ans, il tombe à 26% pour les sujets de 66 à 75 ans, et à 13% pour les sujets de plus de 75 ans. Mais il est plus intéressant de relever le pourcentage général de vieillards à la fois dans la population générale française et dans les hôpitaux psychiatriques. Nous trouvons alors pour l'année 1952, les chiffres suivants :



|                            | <u>Pourcentage général de la population française</u> | <u>Pourcentage de la population dans les H.P.</u> |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Hommes de + de 65 ans ..   | 13,4%                                                 | 10,5%                                             |
| Femmes de + de 65 ans .... | 18,6%                                                 | 20,8%                                             |

Les différences enregistrées trouvent leur illustration dans les chiffres suivants rapportés au nombre global des malades hospitalisés hommes et femmes :

Malades hommes : 4,53% des malades des 2 sexes présents âgés de + de 65 ans

Malades femmes : 11,87% des malades des 2 sexes présents âgées de + de 65 ans

alors que le même calcul, effectué sur l'ensemble de la population française donne respectivement :

Hommes de + de 65 ans : 6,4% de la population totale des deux sexes.

Femmes de + de 65 ans : 9,6% de la population totale des deux sexes.

Le service de l'Admission de STE ANNE, comparant les entrées hommes et femmes en 1892 et en 1957, (à une époque où la population du département de la Seine a doublé entre ces deux dates) le pourcentage d'entrées de malades âgés, par rapport au pourcentage d'entrées totales, s'établit de la façon suivante :

|                      | <u>1892</u> | <u>1957</u> |
|----------------------|-------------|-------------|
| <u>Hommes</u> :      |             |             |
| de 60 à 70 ans ..... | 7,5         | 4,5         |
| de + de 70 ans ..... | 4           | 9,5         |
| <u>Femmes</u> :      |             |             |
| de 60 à 70 ans ..... | 9,5         | 11          |
| de + de 70 ans ..... | 7           | 21,5        |



Ces indications permettent de poser un certain nombre de principes à propos de la population de malades séniles dans les hôpitaux psychiatriques :

- relatif parallélisme entre le vieillissement des populations psychiatriques et de la population ordinaire
- surmorbidity psychiatrique féminine particulièrement difficile à interpréter : s'agit-il d'une réelle surmorbidity ou d'un effet secondaire de la surmortalité masculine groupant électivement les sujets les plus exposés à présenter ultérieurement des désordres mentaux ?

En tout état de cause, le problème de la présence d'un nombre croissant de malades mentaux séniles dans les hôpitaux psychiatriques est des plus angoissants en matière d'assistance aux malades mentaux.

Nous avons jusqu'ici évoqué le problème général des troubles mentaux séniles à travers le phénomène particulier de l'hospitalisation psychiatrique. Il conviendrait de se faire une opinion sur la fréquence des phénomènes particuliers que nous avons entrepris d'étudier. Nous devons à cet égard enregistrer notre impossibilité d'aboutir sans études spéciales à des chiffres très sérieux. Néanmoins, durant les six derniers mois de l'année 1958, une attention particulière a été portée à ce problème dans le cadre des admissions à Ste Anne. Il va de soi que, étant donné le rythme extrêmement rapide des examens et leur caractère de ce fait très superficiel, un grand nombre de phénomènes du type régressif ont pu passer inaperçus et que les chiffres que nous allons fournir ont un caractère notoirement insuffisant. Néanmoins, on doit relever que sur le total des entrées de malades de plus de 60 ans, 5,6% des malades femmes ont paru présenter des syndromes régressifs susceptibles de s'atténuer rapidement, alors que ce chiffre n'était que de 4,8% chez les hommes.



Compte tenu des causes d'erreur que nous avons pu signaler, il semble bien que nous sommes en présence d'un phénomène relativement important puisqu'il porte annuellement sur plusieurs dizaines de malades.

### LE PROBLEME DE L'HYSTERIE SENILE

Il est particulièrement piquant de relever la modification profonde de l'attitude des auteurs écrivant sur les questions d'hystérie au cours du siècle qui vient de s'écouler. On connaît l'abondance de la littérature sur l'hystérie il y a environ un siècle. A cette époque, le dogme consiste à rappeler la rareté des syndromes hystériques chez le vieillard. La plupart des auteurs citent l'observation de CHAMBON, elle-même rapportée par LOYER-VILLERMAY, décrivant des crises hystériques chez un vieillard de 84 ans. Mais ils insistent également sur le caractère absolument exceptionnel de ces manifestations. BRIQUET note, avec quelque malice : " le rapport entre l'âge et les dispositions à l'hystérie n'est pas une simple question de fait comme on pourrait le croire au premier abord, c'est au contraire un élément important de la solution du problème de la nature de cette maladie". Aussi tous les auteurs ont si bien senti cette vérité qu'ils se sont efforcés à l'envie de faire cadrer ce rapport avec la théorie qu'ils avaient adoptée. Ils relèvent qu'HIPPOCRATE, adoptant une théorie humorale bien connue, décrit l'hystérie chez les vieilles filles et les femmes d'un certain âge plutôt que chez les jeunes. A l'inverse, les auteurs du siècle dernier, LANDOUZY, GEORGET, BAUD, GILLE DE LA MOURETTE, fournissent des statistiques où les jeunes filles occupent la place la plus importante. Signalons, en ce qui concerne les vieillards, la rareté des cas : GEORGET, donne, comme âge maximum : 28 ans, BAUD, 60,



LANDOUZY, sur 351 observations colligées dans des traités divers, ne relève que 10 cas au dessus de 50 ans, dont le cas de CHAMBON à 84, et un cas à 62 ans. Telles paraissent être les opinions fréquentes à l'époque, sur lesquelles nous reviendrons rapidement un peu plus loin.

Au début du ~~XIX~~<sup>XX</sup>ème siècle, en raison de l'évolution des idées sur l'hystérie et de la réaction née de Babinski, les publications sur ce syndrome deviennent de plus en plus rares. Il n'existe plus guère de statistiques d'ensemble. et on a peu l'occasion spécialement de parler de vieillards. Néanmoins, dans son rapport au Congrès des Neurologistes, LARUELLE, en 1908, n'écarte plus les manifestations chez les vieillards, mais les considère comme assez rares. Le matériel clinique essentiel reste celui de sujets jeunes. Il serait fastidieux d'énumérer les positions analogues adoptées par divers auteurs de l'époque, en particulier : JANET, Gilbert BALLEET, etc...

Il paraît plus intéressant, après la révolution freudienne qui a modifié profondément la manière d'envisager les problèmes de l'hystérie, de voir comment la question des relations de l'hystérie et de l'âge a pu être envisagée par un auteur contemporain : LENNART LJUNGBERG a consacré une partie de sa monographie de l'hystérie à ce problème. Il fournit à cet égard deux tableaux fort importants de l'âge de début de la maladie, d'une part chez les sujets qu'il a étudiés, d'autre part sur les cas secondaires, c'est à dire ceux qu'il a été amené à considérer dans les antécédents familiaux des malades qu'il a étudiés. Il aboutit au tableau suivant :



| Age des propositi et des cas secondaires à leur apparition |                |       |                 |    |    |       |             |              |       |     |     |
|------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------|----|----|-------|-------------|--------------|-------|-----|-----|
| Age au début                                               | Propo-<br>siti | Total | Cas secondaires |    |    | Total | Groupe<br>I | Groupe<br>II | TOTAL |     |     |
| 5-10                                                       | 1              | 4     | 5               | -  | -  | -     | -           | 1            | 1     | 3   | 5   |
| 10-15                                                      | 3              | 7     | 10              | -  | -  | -     | 1           | 3            | 2     | 4   | 10  |
| 15-20                                                      | 18             | 49    | 67              | 3  | 16 | 19    | -           | 7            | 13    | 40  | 60  |
| 20-25                                                      | 40             | 62    | 102             | 1  | 12 | 13    | 2           | 9            | 37    | 49  | 96  |
| 25-30                                                      | 12             | 29    | 41              | 5  | 5  | 10    | -           | 2            | 12    | 25  | 39  |
| 30-35                                                      | 11             | 24    | 35              | 2  | 9  | 11    | 2           | 3            | 9     | 20  | 34  |
| 35-40                                                      | 9              | 22    | 31              | 4  | 7  | 11    | 1           | 2            | 8     | 19  | 30  |
| 40-45                                                      | 16             | 17    | 33              | 1  | 5  | 6     | -           | -            | 13    | 17  | 30  |
| 45-50                                                      | 12             | 3     | 15              | 2  | 2  | 4     | -           | -            | 12    | 3   | 15  |
| 50-55                                                      | 5              | 6     | 11              | 2  | 1  | 3     | -           | -            | 5     | 6   | 11  |
| 55-60                                                      | 2              | 3     | 5               | -  | -  | -     | -           | -            | 2     | 3   | 5   |
| 60-65                                                      | -              | 2     | 2               | -  | -  | -     | -           | -            | -     | 2   | 2   |
| Inconnu                                                    | 6              | 18    | 24              | 3  | 10 | 13    | -           | -            | 6     | 18  | 24  |
| TOTAL                                                      | 135            | 246   | 381             | 23 | 67 | 90    | 6           | 27           | 119   | 209 | 361 |

Mais, par ailleurs, il étudie le pourcentage de risque de morbidité par rapport à l'âge, le calcul étant effectué par la méthode de Sjögren, c'est à dire considérant le risque de morbidité par accident hystérique aux divers âges chez les sujets étudiés, et il arrive alors au tableau infiniment démonstratif suivant :

| Age     | Hommes | Femmes | Hommes + Femmes |
|---------|--------|--------|-----------------|
| 5 -10   | 0,01   | 0,02   | 0,02            |
| 10- 15  | 0,03   | 0,05   | 0,05            |
| 15 - 20 | 0,14   | 0,26   | 0,22            |
| 20 -25  | 0,43   | 0,51   | 0,48            |
| 25 -30  | 0,51   | 0,63   | 0,59            |
| 30 -35  | 0,59   | 0,73   | 0,68            |
| 35 -40  | 0,67   | 0,83   | 0,77            |
| 40 -45  | 0,80   | 0,91   | 0,87            |
| 45 -50  | 0,92   | 0,93   | 0,93            |
| 50 -55  | 0,98   | 0,96   | 0,97            |
| 55 - 60 | 1      | 0,98   | 0,99            |
| 60 et + | 1      | 1      | 1               |



Il est extrêmement intéressant de rapporter encore, émanant du même auteur, le tableau de risque de morbidité par psychose associée chez les hystériques étudiés. On aboutit à un tableau non moins intéressant et qui sans doute correspond bien aux opinions actuellement courantes, mais qui enssent stupéfié nos devanciers.

| <u>Affections</u>                                         | <u>risque de morbidité en pourcentage</u> |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Schizophrénie .... 3,1                                    | + ou - 1,1                                |
| Maniaco-dépres... 2,4                                     | + ou - 1,1                                |
| Psychoses séniles<br>et préséniles.... 1,8                | + ou - 1,3                                |
| Accidents psychogènes (psychoses<br>réactionnelles).. 2,0 | + ou - 0,9                                |
| Alcoolisme ..... 2,7                                      | + ou - 0,9                                |
| Epilepsie ..... 3,3                                       | + ou - 1,0                                |

Nous n'avons rappelé jusqu'ici qu'un certain nombre de positions de divers auteurs en ne prétendant pas bien entendu mener une étude exhaustive d'une matière qui à elle seule mériterait un travail original et des recherches approfondies. Il semble que, selon l'expression de BRIQUET, l'enregistrement de phénomènes hystériques chez les sujets aux divers âges est surtout fonction de l'idée que les auteurs se font des syndromes hystériques. Aussi bien les constatations que nous avons pu apporter sont-elles plus révélatrices de l'évolution des esprits dans la conception de l'hystérie que des phénomènes eux-mêmes. Néanmoins, le problème peut se poser de savoir si les réactions pathoplastiques des individus ne se modifient pas profondément avec l'évolution des patrons culturels et si le recours aux accidents hystériques ne se modifie pas au fur et à mesure des attitudes diverses des individus dans la société. Il est probable que la psychologie du vieillard s'est peu modifiée au cours des âges, mais que les types de réactions fournis par la culture sont variables d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre. Au demeurant, il est légitime



d'imaginer que les caractéristiques tant psychologiques que biologiques des vieillards survivants à l'heure actuelle - à une époque où la mortalité a considérablement régressé - ne sont plus les mêmes qu'il y a un siècle, ou même seulement peut-être une vingtaine d'années.

o  
o        o

Il nous a paru indispensable de rapporter les éléments de notre quête bibliographique et historique, mais nous devons constater qu'elle ne nous fournit pas à l'heure actuelle de voies d'abord très utilisables pour décrire les phénomènes qui nous intéressent.

Pendant de nombreuses années, c'est autour du concept de l'hystérie que la plupart des auteurs ont essayé de grouper les manifestations qui nous occupent. Ce concept d'hystérie étant essentiellement fluctuant, nous ne pouvons - du point de vue clinique - tirer grand chose de leurs constatations.

Il nous reste donc à marquer le caractère commun des divers syndromes que nous allons étudier du point de vue clinique :

1°/ Ils évoluent chez des vieillards. Le problème de l'âge de l'entrée dans la sénilité est éternellement discuté: nous avons retenu surtout le critère clinique global : tel sujet de 65 ans peut ne pas être un vieillard, tel autre de 58 ans est déjà profondément sénilisé.

2°/ Il s'agit d'accidents à évolution paroxystique disparaissant rapidement comme s'installant aussi vite.

3°/ Au point de vue clinique, ils se présentent avec un caractère immédiatement significatif de régression à un stade psychologique en général infantile. La symptomatologie sera éminemment variable, mais le fond commun est le retour à une situation d'extrême dépendance à l'égard de l'entourage.



## LES SYNDROMES PSEUDO-ADYNAMIQUES

Ce n'est pas un hasard si l'épisode que nous avons rapporté dans notre observation N°1 a été enregistré, non pas en milieu psychiatrique, mais dans une maison de santé non soumise à la loi du 30 Juin 1838. En fait, si l'on veut limiter les syndromes pseudo-adiynamiques auxquels est consacré ce chapitre aux manifestations isolées, sans association psychiatrique importante, il est tout naturel qu'elles soient rencontrées, non pas dans la pratique de l'hôpital psychiatrique, mais soit à l'hôpital général, ou peut-être plus encore dans la pratique de clientèle. C'est donc dans les conversations avec les médecins de médecine générale que nous avons pu réunir les éléments essentiels de la description qui va suivre.

Nous avons l'intention de décrire le syndrome global, puis de faire suivre le présent chapitre de quelques observations particulièrement typiques.

### CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES -

#### A/ Personnalité névrotique -

Dans un certain nombre de cas, l'analyse du comportement du sujet, de ses réactions habituelles, de ses attitudes, permet de subodorer une personnalité névrotique bien manifeste. Nous sommes en présence, en particulier chez les femmes, de personnes qui ont construit leur existence dans une situation de dépendance étroite à l'égard de membres de la famille qui ont pris le relai de l'image paternelle ou maternelle : femme tard mariée, ou très tôt mariée, à des sujets plus



âgés qu'elles, ou encore vieilles filles ayant longtemps vécu au contact de la mère ou d'une soeur aînée ou cadette dirigeant le couple. Dans une de nos observations, il s'agit d'une vieille fille ayant longtemps vécu en province auprès d'une soeur dirigeant un petit commerce alors qu'elle-même tenait le ménage sous son autorité. De tout temps on avait relevé chez ce sujet des traits de personnalité infantile, une présentation un peu puérile et une extrême timidité à l'égard des réalités de l'existence.

Néanmoins, les personnalités névrotiques aussi manifestes ne sont pas celles les plus fréquemment rencontrées dans cette catégorie de sujets. Il est plus fréquent de constater les syndromes pseudo-adyamiques chez des personnalités névrotiques camouflées surcompensées. Mr S., de l'observation n°1, correspond vraisemblablement à un tel type : sujet fixé dans des attitudes autoritaires de direction, mais sans que le rôle directeur soit pleinement assumé. Un autre malade est une sorte de patriarche campagnard, qui a toujours fait trembler chacun autour de lui, chez lequel existaient sans doute bien des failles névrotiques que son autoritarisme parvenait seulement à camoufler.

#### B/ Détérioration -

Tous les sujets auxquels nous avons fait allusion sont des séniles : sénilisation physique plus ou moins manifeste, mais toujours présente, mais sénilisation psychique caractérisée par les stigmates habituels de détérioration : persistance des facultés verbales contrastant avec la diminution progressive des possibilités effectives. Il va de soi que nous n'avons pas pu en aucun cas pratiquer de recherches psychométriques systématiques. Néanmoins, pour quiconque est un peu familiarisé avec les méthodes objectives d'exploration du fonds mental, il est assez facile de relever chez un sujet les manifestations de détérioration sénile, alors même qu'en aucun cas il ne serait possible de faire figurer dans un cer-



tificat la notion de réel déficit ou de démence.

De même que nous avons indiqué la rareté de personnalités névrotiques manifestes, nous devons relever que dans les observations qui nous ont été rapportées de syndrome pseudo-adynamique, les sujets étaient au contraire non déments, en pleine possession apparente de leurs facultés discursives.

### TYPOLOGIE -

Les personnalités observées sont en majorité des sujets syntones, souvent pichiques, souvent à tension artérielle un peu élevée mais bien compensée, comme dans l'observation de Mr S. Mais, bien entendu, il est arrivé que des constatations analogues soient faites chez des sujets d'un tout autre type, pour lesquels aussi sans doute les facteurs morphologiques avaient été profondément remaniés du fait de la sénilité.

### EXISTENCE D'UNE DÉMENCE SÉNILE -

L'existence d'une démence sénile a pu être constatée chez un certain nombre de sujets, en particulier lors d'un passage à l'hôpital psychiatrique. Mais, outre que ces cas sont rares, il est intéressant de relever que jamais des manifestations de ce genre n'ont été enregistrées chez des presbyophrènes, et jamais chez des déments atrophiques.

o

o o



## CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DE DECLANAGEMENT

---

### A/ Facteurs physiques -

Au premier rang on rencontrera des facteurs physiques, et en particulier des épisodes infectieux grippaux, des épisodes digestifs paroxystiques, entraînant une profonde asthénie. Mais un des éléments déclanchant le plus fréquemment rencontré, est la chute : chute purement accidentelle et souvent liée à la maladresse motrice de la sénilité. Dans le cas de Mr S., le sujet nous a raconté par la suite qu'il s'était levé au milieu de la nuit pour uriner, qu'il avait glissé sur la descente de lit et que, étant tombé à terre, il n'avait pu se relever. C'est à partir de ce moment qu'il n'avait plus enregistré les souvenirs n'ayant retrouvé ceux-ci qu'une fois sorti de la clinique, étant rentré dans son cadre habituel.

En évoquant ce phénomène de la chute, il est extrêmement difficile de ne pas constater la rencontre dans cette situation d'un double facteur : neurologique et psychologique. Fréquemment, la chute apparaît comme le résultat d'une fragilité dans les mécanismes de coordination comme la manifestation de petits troubles neurologiques frustes de la sénilité, mais d'autre part, psychologiquement, la signification globale de la chute, son caractère de rappel de phénomène infantile, comporte un halot psychogène sur lequel il est inutile d'insister.

### B/ Facteurs psychologiques -

Presque aussi fréquemment que les éléments d'ordre physique, apparaissent les facteurs psychologiques de choc affectif, au premier rang desquels se trouvent les deuils; mais les deuils, indépendamment de l'émotion qu'ils comportent, signifient aussi pour le vieillard une modification importante du cadre, du milieu dans lequel il est appelé à vivre. Aussi certaines observations où le sujet présente un accident



pseudo-adynamique à l'occasion d'une transplantation, d'un changement de milieu sont-elles fréquentes.

## II - L'INSTALLATION

---

L'installation du syndrome pseudo-adynamique est toujours brutale. Elle se fait toujours à l'occasion d'un événement significatif. Nous avons souligné le rôle essentiel de la situation de chute, mais une étude systématique serait nécessaire et le nombre relativement peu élevé des observations rigoureuses dont nous disposons, ne permet pas de faire sur ce point une étude d'ensemble. Signalons au passage, en dehors de la chute, les efforts de vomissements, les cérémonies mortuaires à l'occasion d'un deuil, un choc émotif lié à l'annonce d'une brusque modification de la situation matérielle. En tout état de cause, l'installation de l'adynamie est brutale, instantanée, spectaculaire.

### Le tableau clinique -

Le symptôme essentiel consiste dans l'adynamie à caractère spectaculaire : le sujet est habituellement allongé sur le dos, tantôt les yeux clos, tantôt au contraire les yeux ouverts et l'air absent. Il ne fait aucun effort, sauf en cas d'incitation violente, pour se relever, pour tourner la tête vers l'interlocuteur, pour aider l'infirmière qui essaie de le soigner. Mais cette adynamie ne s'accompagne cependant pas des caractères de l'adynamie authentique, en particulier il n'existe pas de trouble tonique important, lors de l'exploration de la mobilité des divers segments de membre. Parfois, le sujet laisse la tête balante, plus souvent elle semble fixée en orthotonos.

Il est tout naturel que l'on recherche des symptômes neurologiques. En général - sauf le cas où une atteinte antérieure vasculaire a entraîné des syndromes résiduels - l'examen est absolument négatif. Il est particulièrement intéressant de rechercher systématiquement chez de tels sujets des petits symptômes



d'atteinte préfrontale, que l'on trouvera parfois. Ces derniers temps, dans le service de l'Admission, les sujets examinés ont été soumis systématiquement à une recherche des petits troubles de la réflectivité tégumentaire qui, partant de la recherche des réflexes cutanés, aboutit à la recherche de réflexes anormaux, tel que : polluco-mentonnier, palmo-mentonniers, et aussi phénomènes de Marinesco, etc... Ces petits signes ont été trouvés deux fois chez des malades, il est vrai sérieusement détériorés et présentant un syndrome adynamique lors de leur entrée à l'Admission. Par contre, à aucun moment des manifestations plus typiquement préfrontales : réflexe de préhension, etc..., n'ont été enregistrées.

A côté de cet aspect global, sur un plan plus spécifiquement psychique, on constate une attitude d'égarement plutôt que de désorientation. A cet égard, il semble intéressant de distinguer dans les phénomènes généraux de désorientation habituellement enregistrés globalement, les cas où le sujet ne manifeste en rien, si ce n'est par son comportement plus ou moins désadapté, le fait qu'il ignore où il se trouve, ou qu'il se trompe sur sa situation, et les cas où, au contraire, le sujet manifeste par toute son attitude son égarement et son inquiétude. Les malades qui nous occupent sont limités dans leurs manifestations par leur adynamie. Lorsque celle-ci peut être un peu dissipée, ils fournissent par contre un tableau d'égarement typique.

Il faut insister particulièrement sur les caractères des troubles du langage qui, sans être absolument constants, sont extrêmement fréquents : le sujet bafouille, souvent existent quelques itérations, très souvent une espèce de pseudo-dysarthrie pâteuse et une sorte de paraphasie : le sujet confond les mots, ou les modifie. Souvent apparaît aussi un langage syntaxique simplifié ou rudimentaire, ou un parler "petit nègre". Par contre, il est très rare que l'on constate les éléments classiques d'une vraie aphasie. L'intoxication par le mot, la persévération font totalement défaut et lors de la récupération celle-ci se fait d'emblée, en bloc, sans passer par les



stades classiques décrits par les analystes récents du langage.

Ce que nous avons dit des troubles du langage peut être répété à propos de l'exploration praxique. Il n'est pas question, étant donné la profondeur de l'asthénie, de s'en remettre aux manœuvres d'exploration habituelle. Mais, dans les gestes élémentaires, au moment de l'alimentation, du boutonnage, etc.. on constate une maladresse spectaculaire, des confusions grossières qui augmentent encore l'aspect général de désorientation que fournit le sujet.

Il n'est pas possible ici de parler de syndrome biologique. Néanmoins, très fréquemment devant de tels états, sont pratiquées des recherches du taux d'urée sanguine, qui est toujours sensiblement normal. Dans la littérature récente on retrouve un cas rapporté par KAMMERER et ses collaborateurs, d'une femme de 66 ans, étudiée particulièrement à l'occasion d'un épisode grippal avec fièvre, obnubilation, vomissements, tremblement généralisé. 3 mois plus tard, le sujet présente une chute et un aspect de coma. Néanmoins, les divers examens qui sont ici pratiqués de façon systématique, sont négatifs : on note cependant une légère albuminorachie à 70. Nouvel épisode quatre mois après, sans autre signe neurologique qu'un tremblement. A chaque épisode un tracé électroencéphalographique a été enregistré, montrant des variations consistant en alternance de dysrythmies lentes avec des tracés à rythmes normaux.

Nous n'avons malheureusement aucune observation analogue à présenter.

o

o . o



## EVOLUTION

---

L'évolution des troubles se fait vers une régression brusque, instantanée. Elle coïncide presque toujours avec des phénomènes psychologiques précis : le sujet "retrouve" soit une personne, soit un cadre familial. Il s'agit à la fois d'une reprise de conscience, d'une réorganisation du comportement. Dans le cas d'améliorations enregistrées dans le service de l'Admission de Sainte Anne, a été constatée une amélioration chez un sujet déficitaire alors qu'une infirmière était tout-à-coup identifiée comme la fille du malade avec lequel il vivait précédemment.

## FORMES CLINIQUES

---

Il est bien entendu assez artificiel d'adopter une présentation en forme de question. Néanmoins, on peut relever certaines associations dans lesquelles le symptôme est plus particulièrement marquant :

Dans la majorité des cas c'est l'adynamie : le sujet est alité, impuissant, terrassé. On ne peut le mobiliser pour ses besoins élémentaires.

Dans d'autres cas, on constate une prédominance des signes de désorganisation du comportement : c'est le bafouillage et l'apraxie qui est au premier plan.

Dans un cas on constatait une relative turbulence avec incohérence de l'activité, qui s'est complètement effacée après un traitement neuroleptique ayant entraîné un sommeil prolongé.

Nous avons rapporté l'observation de KAMMERER qui soulève l'hypothèse d'une atteinte encéphalitique grippale que laissent supposer les troubles constatés lors du premier épisode. Des



sujets de ce genre fourniront plus particulièrement une symptomatologie d'hypersomnie dont le diagnostic est particulièrement délicat.

Enfin, dans un des cas que nous rapporterons plus loin, le sujet présentait des petits épisodes hallucinosiques vespéraux, en dehors même de toute atteinte ophtalmopathique, et dont on connaît la fréquence chez les vieillards.

Ces dernières notations montrent combien il est difficile de faire la part de phénomènes à prédominance psychogénétique et de manifestations d'une atteinte cérébrale caractérisée.

o  
o o



## PROBLEME DE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

MARCHAND, en 1951, a intitulé une de ses communications: " Des erreurs de pronostic causées par la présence de troubles paraissant de nature fonctionnelle au début de maladies organiques rapidement mortelles".

Il est donc indispensable et élémentaire, en présence de cas du genre de ceux que nous avons signalés, de pratiquer un examen rigoureux, en particulier au point de vue neurologique de manière à éviter de qualifier de phénomènes psychologiques, des cas où l'atteinte nerveuse globale trahit au contraire la profondeur du désordre qui peut entraîner une débâcle vitale.

C'est seulement au terme de cet examen neurologique rigoureux que nous pourrons poser des problèmes de diagnostic différentiel.

### A/ LA CONFUSION -

Le diagnostic différentiel essentiel se pose avec les états confusionnels, si fréquents chez les séniles. On sait combien le cerveau sénile réagit facilement par une atteinte globale de type confusionnel, à une agression quelconque non toxique. On sait aussi la fréquence des phénomènes toxiques chez le vieillard. Il serait donc indispensable de rechercher tout particulièrement toutes les causes d'atteinte organique avant d'évoquer la possibilité de phénomènes régressifs. Mais le diagnostic se fera alors essentiellement sur l'aspect de l'inhibition. On connaît les caractères fondamentaux de l'inhibition confusionnelle : le ralentissement des processus intellectuels, ralentissement de la compréhension, ralentissement de la réponse.

Dans les cas que nous avons vu, si le syndrome est typique, le sujet ne paraît pas pouvoir être atteint: aucun contact réel n'est fourni alors que la persistance des réactions immédiates aux incitations élimine le diagnostic de coma.



Mais, souvent, le sujet peut au contraire être en quelque sorte réveillé par une incitation vive. La mimique est alors celle d'un sujet égaré, qui réagit aux stimulus verbal sans la lenteur confusionnelle.

Nous avons noté, dans un cas au moins, l'existence de phénomènes hallucinosiques. L'onirisme de la confusion sénile est manifeste dans les syndromes confusionnels. Il est bien-typique alors par son caractère de présence onirique qui colore l'attitude générale du sujet. Dans les cas qui nous occupent, nous avons pris un syndrome analogue, le sujet s'est coupé de l'ambiance, mais n'est pas présent à un rêve.

## B/ LA SOMNOIENNE DU VIEILLARD -

En dehors de toute atteinte neurologique nettement décelable, on sait qu'un certain nombre de vieillards présente une extrême facilité à sombrer dans une attitude d'endormissement et cela au milieu même parfois d'activités, ou tout au moins de situations qui sembleraient éventuellement le concerner. Dans la somnolence, voire le sommeil qui en résulte, de tels sujets posent clairement le diagnostic de pseudo-adynamie qui nous occupe. Mais il est facile, par l'interrogatoire de l'entourage, de recueillir la notion fréquente de pareils tableaux qui se sont progressivement installés dans les mois, et quelquefois les années, qui ont précédé. D'autre part, le vieillard somnolent peut être facilement tiré de son état et retrouve très vite une lucidité correspondante à ses possibilités intellectuelles, alors que rien de semblable n'est enregistré chez nos malades. Dans la mesure où la somnolence du vieillard trahit vraisemblablement une atteinte des centres du IIIème ventricule, par des plaques séniles, nous nous trouvons au point de contact avec des syndromes neurologiques divers, dont il est inutile ici de dresser la liste, mais qui sont susceptibles de fournir des tableaux cliniques posant des diagnostics difficiles : abcès du cerveau, tumeur cérébrale, syndrome encéphalitique, etc, etc...



Il va de soi qu'une enquête très rigoureuse auprès de l'entourage doit être menée pour éliminer l'existence de syndromes paroxystiques divers : état post-paroxystique d'épilepsie tardive, dont les crises peuvent passer inaperçues, et plus encore épisodes vasculaires fugaces entraînant des phénomènes de diaschisis plus étendus que les symptômes lésionnels directs. Il convient d'avouer que dans nombre de cas la question restera toujours ouverte et que nous ne possédons aucun moyen objectif d'éliminer l'hypothèse d'un épisode vasculaire franc.

On doit enfin faire une place à part à l'ictus psychique de LOGRE, tel que cet auteur l'a décrit à plusieurs reprises et en particulier avec son élève DESHAIES. On connaît d'ailleurs les discussions assez passionnées que soulève, dans les Sociétés, l'hypothèse de l'ictus psychique. Les intervenants ne manquent pas de soulever l'hypothèse de mécanismes psychologiques pour éliminer une étiologie neuropsychiatrique plus déterminée et d'ailleurs LOGRE admet fort bien la possibilité de mécanismes de cet ordre dans l'étiologie de l'ictus psychique. Mais l'ictus psychique survient en général chez un sujet qui n'est pas un sénile et il n'entraîne pas, en dehors des troubles mnésiques importants, de symptomatologie pseudo-neurologique du genre de celle que nous avons rencontrée. Il est vraisemblable que nous nous trouvons en présence de phénomènes assez proches et que c'est au plan de la discussion physio-pathologique et pathogénique que des rapprochements fructueux doivent être présentés.



Observation n°2 -

Mme U..., 79 ans, sans profession, entre à l'Admission de Ste Anne le 18 Février 1959. Elle se présente d'emblée comme un sujet profondément déficitaire qui doit être amenée sur un brancard, alitée. Elle est allongée dans son lit, la tête droite, les yeux clos, et ne répond pas aux incitations. Les infirmières ont beaucoup de peine à la faire boire mais il n'existe pas de troubles de la déglutition. Lorsqu'on s'approche d'elle, lorsque le médecin l'interroge, elle ouvre les yeux et regarde avec un aspect interrogatif mais ne répond pas. La malade n'est pas gâteuse. L'examen neurologique permet de relever seulement des réflexes achilléens extrêmement faibles, rotuliens diminués. Il n'est évidemment pas question d'explorer la force segmentaire, mais le tonus est égal d'un côté à l'autre. Il n'existe pas d'hyperextensibilité. La réaction à la piqure existe sur la totalité du corps. Au bout d'un long temps de manipulations au cours de l'examen physique, la malade murmure : "laissez moi... laissez moi". Il ne semble pas exister néanmoins de syndrome dépressif, comme on pourrait le penser tout d'abord et les incitations réitérées obtiennent quelques réponses, brèves, sans tonalité dépressive particulière, attestant la désorientation. Les examens complémentaires sont négatifs : Urée : 0,30. Cholestérol : 0,70. Glycémie : 0,95. Il n'a pas été pratiqué d'électroencéphalogramme.

Le tableau paraît nettement éclairé lors de la visite du mari. Celui-ci est un homme notablement plus jeune que la malade. Il indique qu'il a 12 ans de moins qu'elle. Il a été jusqu'à ces temps derniers directeur commercial d'une firme importante. La malade s'est, depuis plusieurs années, cantonnée à la maison, refusant de sortir, et le mari a constaté une diminution intellectuelle portant sur les troubles de la mémoire, évoquant un déficit banal du type démence sénile. La malade était suivie régulièrement par le médecin de famille qui a évidemment laissé peu d'espoir au mari. C'est dans ces conditions que depuis 2 ans, celui-ci a suspendu son activité professionnelle pour se consacrer exclusivement à sa femme.



Il décrit une attitude de soins assidus, de sollicitude affectueuse qui d'ailleurs prolonge un comportement qu'il avait vraisemblablement avant même l'apparition du déficit. La malade néanmoins présentait quelques troubles du caractère qui accompagnaient des idées de préjudice fugaces. Mr U... signale spontanément un fait qui nous paraît bien caractéristique : alors que précédemment on<sup>n'</sup>avait noté aucune polakurie nocturne, ces dernières années sa femme le réveille plusieurs fois par nuit en le priant de lui passer son urinal et il est arrivé à diverses reprises qu'elle mouille son lit lorsque son mari tardait à lui rendre ce service, au total inutile puisqu'elle était jusque là parfaitement capable de se lever. Mais Mr U... a relevé que, lors d'une absence de quelques semaines motivée par des obligations d'affaires l'été dernier, la malade n'avait jamais réveillé la garde qu'il avait installée auprès d'elle.

A travers la description que fait le mari, nous percevons nettement un personnage classique de femme autoritaire, tenant son mari en lisière. L'épisode actuel s'est installé brusquement à l'occasion d'une vive émotion ressentie par la malade lorsque son mari lui indiqua une perte importante qu'il avait faite sur son portefeuille en bourse. Le lendemain matin, au lieu de se lever, la malade était inferte dans son lit et lorsque son mari lui présenta son petit déjeuner, elle le renversa sur ses draps et manifesta une extrême maladresse, qui était un fait tout nouveau. Le médecin de famille appelé émit l'hypothèse d'un ictus et fit appel à un consultant neurologue dont l'examen fut négatif et, devant l'état persistant de<sup>la</sup> malade son hospitalisation fut décidée.

Le tableau que nous avons décrit se poursuivit durant deux à trois jours et le transfert était envisagé dans un hôpital psychiatrique de banlieue, lorsque apparue une tuméfaction sous maxillaire gauche, avec une fièvre à 38°5. L'infection de la glande salivaire était évidente et entraîna un traitement aux antibiotiques immédiatement institué. Cette affection fut rapidement régressive et entraîna bien entendu des soins et un intérêt plus particulier de la part du per-



sonnel. Le sujet reprit à cette occasion progressivement une attitude plus présente et en trois jours, le tableau d'adynamie était complètement effacé.

Observation n°3 -

Mr. N... est un cultivateur retiré, de 80 ans, vu au cours d'un déplacement en Sologne par le Docteur DAUMEZON. Il s'agit d'un robuste vieillard, qui a longtemps mené avec une très ferme autorité une exploitation sinon importante, du moins étendue. Depuis plusieurs années, après le décès de sa femme, il continuait à vivre dans la ferme qui est tenue par un de ses petits fils. Il a présenté dans les trois ans qui ont précédé des accidents urinaires liés à une hypertrophie prostatique. Il convient de noter que, particulièrement pudique comme le sont souvent certains vieux paysans, le sujet s'est refusé longtemps à faire part de ces ennuis puis il a présenté un franc épisode confusionnel, témoignage de l'infection urinaire, qui a attiré l'attention sur son état. Il fut alors pris en mains par un urologue qui fut assez heureux pour pouvoir pratiquer une intervention qui a pleinement réussi; mais le médecin qui a suivi l'évolution signale les difficultés constantes qu'ont rencontrées les divers personnels de clinique qui ont eu à s'occuper du sujet pendant le traitement. En tout état de cause, depuis 2 ans, le sujet, débarrassé de sa prostate, a repris une activité normale et présente le tableau d'une verte vieillesse. A l'occasion d'une promenade dans les environs de sa femme, il glisse néanmoins et tombe sur le sol. Il ne semble d'ailleurs s'être fait au cours de cette chute qu'une ecchymose de la région trochantérienne, Un cliché prouvant l'intégrité osseuse. Mais le sujet tombé ne s'est pas relevé et c'est au bout de deux ou trois heures que ses enfants inquiets étant partis à sa recherche l'ont trouvé étendu sur le sol, en apparence inerte. Il a été ramené à la maison où son médecin traitant appelé d'urgence, a constaté l'absence de tout



symptôme neurologique. Le tableau est celui de l'adynamie complète particulièrement frappante chez ce vieillard d'aspect par ailleurs imposant. Le syndrome d'adynamie totale a persisté durant deux ou trois jours, accompagné, lors de l'incitation, de réponses bafouillantes, incompréhensibles. Puis le sujet a paru reprendre une plus grande conscience. C'est à ce moment qu'il signale des phénomènes hallucinosiques : il voit sa chambre traversée par des hordes de biches et de chevreuils qui l'importunent. Il est néanmoins conscient du caractère des phénomènes et se lamente en disant : "faut-y que je sois fou pour voir des choses pareilles !".

Tel est l'état enregistré au moment où le médecin traitant profitant du passage du Docteur DAUMEZON appelle celui-ci. Au cours de l'examen, aucun phénomène neurologique n'est enregistré. La tension est à 12/8, coïncidant d'ailleurs avec les constatations faites par le médecin dans les années précédentes. On note néanmoins un souffle athéromateux de la base et de petits signes d'athérome des artères temporales. Les examens pratiqués sont : une urée, à 0gr.40, un taux de cholestérol, un peu élevé : à 2gr.80. Un examen ophtalmologique pratiqué quelques jours après montre un fond d'oeil normal, une absence d'opacité cristallinienne. La tension rétinienne n'a pas été prise.

Dans les jours qui suivent, selon les indications qui ont été fournies, le syndrome a disparu totalement et le sujet a repris une activité normale, mais désormais, n'est plus jamais sorti sans une canne...

#### Observation n°4 -

Mme V., 78 ans, vit seule depuis 5 ans, époque à laquelle son mari est décédé. Son fils unique, qui était son soutien essentiel, est mort d'un cancer il y a quelques mois. Elle ne présente en apparence aucun déficit notable et mène l'existence d'un vieillard bien intégré malgré une



cataracte qui, d'ailleurs, a été opérée il y a quelques années. En Septembre 58, elle fait une chute dans un escalier et présente une fracture du col du fémur. Amenée à l'hôpital, sa présentation d'emblée n'inspire aucune crainte psychiatrique et un clou est mis en place. Mais alors qu'on envisage une reprise très rapide de la mobilisation, la malade reste alitée et fait preuve d'une grande inquiétude lorsque les infirmières lui offrent de se lever. Après une nuit au cours de laquelle elle tente au contraire de se lever et est aussitôt remise au lit par la veilleuse, la malade reste prostrée et lointaine. C'est dans cet état qu'elle est transférée au service de l'Admission de Sainte Anne avec un certificat rédigé par un attaché de psychiatrie interne dans le service et qui laisse entendre qu'il doit exister un déficit sénile important. La malade une fois couchée se réfugie sous ses couvertures, ne parle pas et ne prend aucun contact avec l'entourage. Elle répond à peine aux sollicitations des infirmières qui indiquent seulement qu'elle se laisse alimenter comme un bébé. Lorsque le médecin veut l'interroger, elle est inerte, regarde vers le mur, et ne répond pas. On n'ose pas, étant donnée la fracture récente, faire lever la malade et elle reste ainsi répondant par des grognements plutôt que de réels acquiescements aux négations aux questions qu'on lui pose. L'examen neurologique est absolument négatif. Les examens de routine donnent un résultat analogue : Urée - Glycémie - normales. Tension artérielle à 17/11. L'examen systématique permet de relever des stigmates de sénilité : crasse sénile, déshydratation, peau sèche prenant le pli. Néanmoins, l'état général n'a rien d'inquiétant et la malade est transférée dans un service de banlieue. Elle y conservera son attitude pendant une quinzaine de jours et c'est seulement lorsque jugeant qu'il est maintenant tout à fait inutile de la maintenir alitée, on la remettra sur ses jambes, que son attitude se modifiera brusquement et qu'elle pourra reprendre un habitus et un comportement normal. Néanmoins, étant données les difficultés sociales auxquelles on se heurte, la malade n'a pu encore être réinsérée au dehors.



## SYNDROME DE PUERILISME AIGU

---

On sait que le terme de puérilisme a été utilisé pour la première fois par DUPRE dans une communication au Congrès des Aliénistes & Neurologistes de Langue française de 1903, intitulé : "Un syndrome psychopathique particulier : le puérilisme mental".

Depuis cette époque, DUPRE insiste : "il s'agit d'un syndrome qui n'est à proprement parler ni démentiel, ni dépressif, ni expansif, ni délirant". Néanmoins, ses observations sont essentiellement constituées par des sujets déficitaires. Désormais, un certain nombre d'auteurs décriront le puérilisme, hésitant sur leur signification. CARRE DE MONGERON rapporte une observation typique qui est reprise par BITRE et dans laquelle le diagnostic d'hystérie s'impose. DUPRE, revenant sur la question, parle encore "de la fréquence du puérilisme hystérique". Néanmoins, décrivant davantage le syndrome il le rapproche de la subexcitation de la moria. Les publications sur le puérilisme se multiplient et COURBON & CHARPENTIER, dans l'Encéphale de 1909, étendent la conception du puérilisme de Dupré en le décrivant dans des syndromes divers. Il existe pour eux :

- le puérilisme confusionnel
- le puérilisme démentiel
- le puérilisme constitutionnel

C'est eux qui, pour la première fois, et dans leur titre même, envisagent ce syndrome comme un état de régression de la personnalité. Par la suite, PIERRON, en 1919, fait de longues études de revue générale sur la question.

Désormais, le puérilisme aura acquis dans la séméiologie psychiatrique un droit de cité au point d'être systématiquement évoqué, quelquefois de façon assez extensive. A l'extrême, GUIRAUD parlant des syndromes épileptiques du cortex périfalciforme, envisage le puérilisme marquant parfois certaines crises d'épilepsie temporale. Ainsi,



nous retrouvons sans doute la notion de puérilisme telle que l'avait envisagée à l'origine Dupré qui en faisait une "modification acquise, aigue, paroxystique". Ce rapide survol historique permet de mettre en évidence un certain nombre d'attitudes prises par les divers auteurs :

1°/ Dupré, et un certain nombre d'auteurs, ont en vue en parlant de puérilisme, un état passager et disparaissant rapidement.

2°/ Un tel état peut se retrouver aussi bien dans des affections neurologiques : tumeur cérébrale, épilepsie, etc... mais aussi dans des syndromes psychiatriques typiques : maniaco-dépressif, (DUPRE, TARRIUS), schizophrénie (NARDY),

3°/ Enfin, une place à part et particulièrement importante, est faite aux manifestations psychogénétiques : réactions hystéroïdes en milieu carcéral, etc...

4°/ L'extension de la notion s'est faite à des états où le puérilisme est souvent beaucoup plus prolongé et on connaît l'observation de DUPRE lui-même de la malade à la poupée.

Nous en avons dit assez pour indiquer, étant donnée notre perspective, que nous n'avons en vue que les états paroxystiques, rapidement résolutifs qui peuvent être constatés chez le vieillard. Bien entendu se pose le problème de diagnostic différentiel que DUPRE, dès sa communication au Congrès de Pau de 1904, avait bien marqué. On ne saurait confondre : puérilisme et retour à l'enfance qui est un syndrome banal (au point d'être entré dans le langage quotidien en parlant de vieillards).



ETUDE CLINIQUE -

Si le syndrome de puérilisme est relativement fréquent chez le vieillard dément sénile, il est en fait beaucoup plus rare si on se borne à considérer les cas aigus. Il est extrêmement rare que de telles manifestations fassent l'objet de communications dans le cadre de travaux psychiatriques. En effet, comme nous l'indiquions au début de notre étude, les sujets déficitaires séniles au milieu du grand nombre des entrants à l'hôpital psychiatrique font rarement l'objet d'une attention sémiologique soutenue. Aussi bien arrive-t-il fréquemment que le terme de puérilisme soit noté dans un certificat d'admission plus ou moins laconique, mais il est très rare qu'une étude systématique du syndrome soit poursuivie.

Le Docteur DAUMEZON, dans sa pratique de l'Admission de Ste Anne depuis 1952, a enregistré 3 cas de puérilisme labile, alors que des manifestations du même genre, mais paraissant beaucoup plus solides, sont très fréquemment rencontrées chez le vieillard. Les facteurs étiologiques prédisposants sont difficiles à mettre en évidence, d'autant plus que les malades sont peu capables de fournir des renseignements sur leur état antérieur et que souvent, les contacts avec les familles sont assez abrégés par les réactions de culpabilité de celles-ci. Il semble néanmoins que le cadre de l'hospitalisation, et plus particulièrement de l'hospitalisation psychiatrique, joue un rôle important dans l'apparition du périlisme. Un malade qui depuis de nombreuses années était habitué à une existence adulte, qui, souvent, n'avait plus aucun contact avec la collectivité, se trouve tout à coup plongé dans un climat collectif assez semblable à celui de l'enfance et ce n'est sans doute pas sans raison que dans bien des interrogatoires d'orientation, certains médecins demandent plus ou moins adroitement au sujet : où vous trouvez vous ici ? dans une école, une caserne, un pensionnat ?



Chez de très vieilles femmes qui, depuis plus de cinquante ans ont perdu leur nom de jeune fille, on ne peut sous estimer le caractère de provocation à l'ecmnésie de l'utilisation d'un nom qui n'a été porté que dans l'enfance. Enfin, le comportement permanent adopté par le personnel est lui aussi assez grossièrement semblable à celui qu'on emploie à l'égard des jeunes enfants. Spécialement chez les infirmières, il arrive que certaines employées utilisent des formules bêtifiantes très provocatrices. En tout état de cause, les observations auxquelles nous nous référons et qui nous sont fournies par le Docteur DAUMEZON sont celles d'un puérilisme installé à l'occasion de l'hospitalisation chez des sujets en général d'aspect déficitaire.

#### DESCRIPTION CLINIQUE -

A l'ordinaire, c'est au cours de la visite du lendemain que l'attention du médecin est attirée par l'attitude du malade installé dans un personnage d'enfant de 5 à 6 ans. Le contact est en général enjoué, à la fois ludique sous l'angle de la câlinerie, souvent c'est le médecin, ou l'infirmière qui sont identifiés aux parents : "Papa, Maman" et les tours verbaux ont le caractère de l'enfance. Il est fréquent de constater une attitude plus ou moins ludique d'apeurement qui est un appel manifeste à une réassurance de caractère parental. Souvent, le sujet assure qu'il a été sage, demande si on ne va pas le punir, etc... Il est habituel de voir alors valoriser des comportements de caractère infantile de gourmandise : recherche d'un bonbon ou même utilisation comme friandise d'une alimentation par ailleurs banale.

Un tel état a souvent été noté par le personnel mais quelquefois c'est au cours du contact avec le médecin qu'il devient plus apparent, plus manifeste. On ne saurait trop insister sans doute sur la signification des positions et des situations. Les relations avec le personnel sont essen-



tiellement de maternage, elles sont élémentaires et rappellent plus une situation de bébé que d'enfant. OR? le puérilisme, selon l'expression même de DUPRE est plutôt le retour à une situation d'enfant de 5 à 6 ans que l'installation dans une situation de bébé.

Au contraire, l'"interrogatoire" par le médecin est une situation infantile et il est assez naturel qu'il entraîne une régression au niveau correspondant.

Mais dans la salle, surtout la salle de l'Admission où des sujets de niveaux divers se trouvent mêlés, le vieillard puéril assume immédiatement un rôle plus ou moins divertissant et il n'est pas rare de voir ses camarades adopter des attitudes provocatrices et entrer dans son jeu. On peut admettre le caractère ludique global essentiel de cette attitude, alors même qu'elle est parfaitement inconsciente chez le malade.

La disparition s'opère habituellement plus progressivement que d'emblée, mais au prix d'efforts constants et conscients de la part de l'entourage : le malade est par exemple transféré dans une autre salle, des consignes sérieuses sont données pour systématiquement éviter l'utilisation de facteurs rappelant l'enfance, pour que soit adoptée une attitude de déférence qui s'adapte aux relations avec un vieillard. C'est ici que des obligations simples, créant plus un maintien qu'une réelle activité, mais un maintien correspondant à l'âge, jouent un rôle important.

Il ne paraît pas nécessaire de rapporter en détail les 3 observations qui nous ont été fournies. Notons seulement qu'il s'agit de 2 femmes et 1 homme, que les deux femmes étaient effectivement appelées par leur nom de jeune fille alors qu'elles étaient mariées, l'une depuis 52 ans, l'autre 48 ans. Il n'existait ni chez l'une, ni chez l'autre un déficit pragmatique important, une fois le puérilisme régressé. On était en présence d'un tableau de démence sénile banale. On ne relevait dans aucun des cas de trouble du langage, comme il est



fréquent d'en constater par association d'aphasie amnésie, ou autre trouble de la mémoire.

Le diagnostic différentiel semble être ici fort difficile avec les puérilismes chroniques et c'est essentiellement l'enquête qui permet de recueillir la notion de comportement antérieur analogue chez le sujet. Cependant parfois le vieillard puéril arrive déjà à l'hôpital avec des attributs de ce comportement : parfois ses poupées, sa boîte de bonbons. Il existe déjà une organisation qui peut être facilement décelée. Il ne semble guère nécessaire d'évoquer le diagnostic avec d'autres types de puérilisme. Néanmoins peut-être dans certains cas la question peut-elle être discutée d'un puérilisme post-commotionnel secondaire à un traumatisme chez un vieillard. L'intérêt médico-légal de ce problème serait évidemment éventuellement fort important. Il ne saurait être tranché qu'en fonction de considérations cliniques et compte tenu de ce que l'on sait des conditions d'apparition des syndromes post-commotionnels, en fonction de leur profondeur et de la durée des états confusionnels qui les ont précédées.

Nous pensons que le diagnostic d'un puérilisme post-critique dû à une épilepsie temporale entre dans les mêmes caractères d'exercice d'école étant donné la rareté des cas auxquels nous faisons allusion.

#### CONSIDERATIONS GENERALES --

En réalité, si nous avons pu consacrer un chapitre à ce problème du puérilisme réversible chez le vieillard, c'est dans la mesure où il permet d'éclairer d'une façon plus nette encore la pathogénie des accidents protéiformes auxquels nous nous référerons par la suite.

Si dans sa première communication DUPRE proclame son ignorance : "le secret pathogénique d'une si curieuse altération nous échappe complètement", sans aucun doute à l'heure



actuelle le caractère régressif n'est plus discuté par personne; dans une situation déterminée dont l'adaptation soulève pour le malade des efforts délicats, le refuge dans une attitude infantile plus ou moins suggérée par l'ambiance et la situation elle-même, est une formule commode. C'est ce que tous les auteurs ont répété après CHARPENTIER et COURBON. Cependant ces auteurs, avec les idées courantes à l'époque, (en particulier pour les travaux de RIBOT sur la mémoire), avaient envisagé le phénomène sous un angle très systématique : "le puérilisme et les progrès de l'amnésie sont parallèles et la régression de la personnalité est parallèle à la régression de la mémoire". Une observation plus attentive du dément sénile comme des autres types d'amnésie permettent au contraire de constater comme il est facile au cours de la conversation avec le sujet d'isoler une situation élective : telle période du passé, tel séjour dans une région déterminée, peuvent être facilement évoqués chez le sénile et suggérer en même temps les fausses reconnaissances et les illusions diverses. Ces fixations à des périodes variées correspondent, non pas à une sorte de régression arithmétique de la mémoire, mais à des attitudes existentielles profondes qui ont plus ou moins marqué la biographie du malade. Aussi pouvons-nous penser que le puérilisme naît de la conjonction de deux éléments étiologiques essentiels : le climat de l'hôpital, les styles des interrogatoires, des relations avec le personnel, et la fixation pour le sujet d'un certain stade privilégié d'organisation correspondant à l'âge de 5 ou 6 ans. Nous pensons que des études ultérieures permettraient, si un tel sujet était retenu, de mettre en évidence des éléments qui permettent des régressions de cet ordre.

Nous sommes induits à une telle attitude par un certain nombre d'exemples rencontrés dans un puérilisme d'un autre ordre : une malade mélancolique de Fleury-les-Aubrais, où nous sommes interne, est essentiellement fixée à l'âge de 5 ans, époque à laquelle elle s'est rendue coupable d'un petit larcin qui alimente son auto-accusation. Aussi la trouve-t-on errant dans le service, furetant dans les coins obscurs, ouvrant le



coffre à linge; questionnée sur l'objet de sa quête, elle répond : "je cherche mes 5 ans". Sans qu'on puisse parler d'un puérilisme de son attitude, on obtient alors en l'interrogeant le récit d'un vol de montre fait à cette époque à l'occasion d'une visite chez une voisine, et qui lui valut durant toute son enfance des reproches intempestifs et un vif sentiment de culpabilité. Sans doute peut on soutenir qu'il s'agit là d'un souvenir-écran, au sens où l'entendent les analystes. Mais une telle interprétation, que nous croyons pleinement fondée, ne diminue cependant pas la valeur de l'hypothèse d'un téterminisme électif à ce stade en fonction de cette expérience traumatisante, si surdéterminée qu'elle fût.

Nous pensons qu'une enquête systématique chez les sujets présentant un puérilisme, et spécialement un puérilisme rapidement réversible, devrait permettre dans un certain nombre de cas des constatations semblables.

o  
o      o



LES SYNDROMES REGRESSIFS CHEZ LES SENILES

Il nous reste à présenter des tableaux beaucoup plus polymorphes correspondant, non plus à des syndromes comme l'était le pseudo-adynanisme ou le puérilisme, mais plutôt à des symptômes isolés, ou groupés en faible nombre, et qui peuvent être rencontrés chez le sénile.

Tantôt il s'agira de séniles peu détériorés, et les observations seront alors plutôt recherchées dans la pratique médicale courante, voire dans les relations quotidiennes avec des vieillards,

- tantôt de séniles psychotiques vus à l'hôpital psychiatrique,

- tantôt de séniles déments, malades des hôpitaux psychiatriques ou d'hospices.

L'intérêt d'identification de ces symptômes et l'identification des mécanismes qu'ils révèlent ne saurait être sous-estimé. Ils postulent en effet des conduites à tenir relativement rigoureuses qui jouent un rôle capital dans l'hygiène du vieillard, ralentissant l'évolution démentielle.

o

o      o



Comme nous l'indiquions plus haut, il ne semble pas possible de dresser un catalogue exhaustif de ces comportements mais on peut essayer d'énumérer certaines attitudes typiques particulièrement frappantes :

#### A- La dépendance captative

C'est essentiellement à l'égard des proches qu'une telle attitude se développe adoptant souvent un style différent selon qu'il s'agit d'un conjoint ou d'un descendant. Néanmoins on voit fréquemment le malade s'accrocher désespérément à son mari, à sa fille, exerçant une captation plus ou moins tyrannique, jouant de ressorts variés dont le plus fréquent consiste à induire l'angoisse chez l'interlocuteur. Il s'agit d'une spéculation sur les relations anciennes, souvent rappelées ou seulement évoquées dans des attitudes suppliantes, ou au contraire de hargne coléreuse. A l'égard du médecin ou du personnel dans le cadre hospitalier, les mêmes comportements pourraient être notés : la revendication est ici plus spécifiquement corporelle, si ce n'est hypochondriaque, et on assiste fréquemment à des majorations de symptômes par ailleurs authentiques, par exemple de la dyspnée qui s'accroît jusqu'aux gémissements ~~itératifs~~, ou de la revendication autour des conduites excrémentielles, plus ou moins facilitées par l'amnésie de fixation.

o

o o

Souvent c'est à l'occasion d'un deuil ou d'une émotion qu'un vieillard jusque là digne et plein de retenue verse dans de pareilles attitudes : l'effondrement sanglotant dans les bras consolateurs en est le premier stade, mais il est très souvent suivi d'une demande revendicatrice angoissée : "ne t'en vas pas, ne m'abandonne pas", "je ne peux plus rester seul". De là le sujet passe à des demandes d'attentions systé-



matiques, signifie plus ou moins clairement qu'il ne peut plus s'habiller seul, à l'extrême, demande à ce qu'on le fasse manger et il est fréquent que ce soit à la suite d'émotions de cet ordre que s'installent des rites de gourmandise qui sont eux encore plus durables. Il ne saurait être question de poursuivre une liste complète de ces revendications. Il est plus intéressant d'insister sur le rôle de l'entourage.

L'affection plus ou moins inquiète dans laquelle se mêle toute l'ambiguïté d'une culpabilité toujours présente joue un rôle important chez les parents, et plus encore chez les enfants ou le conjoint. Souvent d'ailleurs, dans la mesure où les attitudes regressives font suite à une frustration, on peut imaginer que le partenaire vit lui-même dans sa relation une attitude régressive parallèle et que l'infantilisme du vieillard comporte un bénéfice secondaire pour son conjoint ou pour son enfant.

A l'hôpital, on rencontre comme facteur du couple prédisposant à la régression un certain nombre d'éléments routiniers : les infirmières ont coutume d'adopter une attitude protectrice, peut-être superficielle, mais néanmoins inductrice à l'égard du vieillard. Il n'est pas jusqu'au vocabulaire classique : "grand père, grand mère" qui ne comporte un potentiel régressif. Il conviendrait aussi d'étudier la personnalité de certaines infirmières qui sont fixées dans le rôle de soins aux vieillards (proche parente de la religieuse d'un pavillon d'idiots) est un personnage spécial, toujours à la recherche d'attitudes maternelles hyperprotectrices, de conduites alimentaires dans lesquelles la complaisance s'accorde avec le devoir : la fabrication de petits plats, distribution de bonbons gonflant les poches, sont des facteurs banaux de cette attitude.

Mais il faut aussi faire la part de la plasticité du vieillard à l'égard des éléments de l'entourage : le voisin de lit profondément régressé est un élément de suggestion quoti-



diennement rencontré. Cette plasticité qui fait d'ailleurs partie du syndrome joue aussi bien dans un sens positif que dans un sens négatif. Le vieillard régressif est essentiellement suggestible. Aussi doit-on utiliser cette suggestion pour restaurer une attitude de dignité, à la place de la dépendance infantile.

### B/ La pseudo-mélancolie pleurnicharde

Tous les facteurs que nous venons d'énumérer se rencontrent d'ordinaire lorsqu'on étudie de plus près les conditions d'apparition de certains syndromes dépressifs du vieillard.

On sait que le grand âge n'exclut nullement l'existence de mélancolie authentique. Cependant, assez fréquemment, le problème du diagnostic différentiel entre une mélancolie sénile et un état dépressif symptomatique d'une régression chez un vieillard peut être discuté. Bien entendu, les notions de l'anamnèse jouent un rôle considérable dans le diagnostic. Mais c'est plutôt l'analyse sémiologique qui permet de trancher la question.

Le sénile régressif :

- n'est pas inhibé
- il n'existe pas de douleur morale
- il n'existe pas chez lui de profonde anxiété

mais l'attitude est faite de pleurnicherie improductive, de déplorations niaises, qui plus que chez le mélancolique est susceptible d'être inhibée par une invigoration mineure. Cependant, la pleurnicherie réapparaît et redouble à l'occasion de toute approche, d'une nouvelle personnalité, de l'examen physique, etc...

Point sémiologique important : il arrive assez fréquemment que le mélancolique se rassure progressivement au cours de l'entretien, mais lorsque celui-ci se termine,



que le malade est renvoyé à son lit, l'angoisse dramatique qui avait marqué son entrée réapparaît aussitôt. Nous n'avons rien de semblable chez le sénile régressé.

L'évolution sera marquée, non pas par des interventions médicamenteuses, mais surtout par la conduite du milieu et aussi importe-t-il de faire un diagnostic précis pour limiter l'utilisation de traitements qui ne sont jamais totalement anodins chez le vieillard.

### C/ LES SYNDROMES OPPOSITIONNELS & NOTE AGRESSIVE

Sous ce titre général nous envisagerons un certain nombre d'attitudes sans autre lien les unes avec les autres que leur signification globale d'opposition.

#### A/ L'alitement --

A l'occasion d'une affection mineure, ou un peu plus importante, à l'occasion d'un choc affectif, on voit assez fréquemment le vieillard se confiner au lit et refuser systématiquement de se lever. On peut imaginer assez facilement qu'il s'agit là d'une atténuation du comportement pseudo-adynamique qui nous a donné la matière du premier chapitre clinique de ce travail. Mais chez de pareils sujets seul le confinement au lit persiste alors que par ailleurs le malade est conscient, présent, parfois même d'une affabilité excessive, s'installant dans sa situation et recevant volontiers des visiteurs. Souvent, l'alitement est l'occasion de réclamer une plus grande attention et une plus grande proximité : "viens auprès de mon lit", mais le caractère oppositionnel se manifeste bien lorsqu'on essaie de faire céder cette conduite. La réaction émotive est en général vive, parfois accompagnée de bouffées vasomotrices, et très facilement coléreuse, hargneuse, plus rarement désolée.



Dans certains cas, l'alitement peut s'éterniser. Il faudrait sans doute faire une place ici à des facteurs culturels, actuellement en voie de disparition : Jusqu'à un passé récent, la vie sociale autour du lit dans certaines classes aisées était un élément classique : la "ruelle" du XVII<sup>e</sup> siècle a persisté, au moins en province, jusqu'au XIX<sup>e</sup>. Par contre, ces comportements se sont maintenant presque totalement liquidés, mais il n'est pas exclu qu'on retrouve encore en province quelque vieille personne vivant auprès d'une vieille domestique, éternellement alitée après un deuil, ou plus encore une ruine. L'analyse de quelques cas a amené le Docteur DAUMEZON à considérer ces faits comme en général secondaires à une blessure narcissique. Quelques exemples fournis par lui illustrent bien cette conception :

- la femme d'un notaire de province qui fut pendant quelques lustres la plus belle femme de la ville, est à tout à coup plongée dans la gêne après le départ précipité du mari emportant des sommes qui lui étaient confiées. Désormais, Mme M... ne sort plus, reste isolée dans sa chambre, ne se lève plus, en compagnie d'une vieille bonne qui l'accompagne jusqu'à la mort.

- Mme N... est une robuste campagnarde qui, malgré son âge avancé - plus de 70 ans - continuait à travailler à la ferme, à alimenter sa basse-cour, et à se gausser des mauviettes que sont les jeunesses d'aujourd'hui. Elle présente une pneumopathie relativement sévère, mais qui cède en quelques jours aux antibiotiques, au cours de laquelle elle tyrannise son entourage et ses gémissements contrastent vivement avec sa sthénie ordinaire comme le constate son médecin traitant. Mais, une fois guérie, elle reste dans son lit placé dans l'alcôve de la salle de ferme, et il en sera ainsi durant plusieurs semaines, sans aucune raison valable, jusqu'au jour où elle reprend brusquement son activité, sans que rien n'aît permis à ses enfants ou à son médecin de connaître la cause de son lever.



A l'hôpital psychiatrique, on sait du reste la gravité de l'alitement systématique des vieillards dans les pavillons dits de gâteaux. Tous les psychiatres qui ont essayé de porter remède à cette situation ont pu enregistrer les réactions d'opposition très vive que leurs tentatives de lever provoquaient chez nombre de sujets. Contrairement à ce qu'on pouvait penser, ce ne sont pas les sujets les plus profondément déments qui réagissent de cette manière, mais plutôt des malades, certes diminués, mais conscients, qui se sont fixés dans l'alitement et trouvaient dans l'attitude de malade somatique un confort défensif contre leur déficit. Il n'est pas sans intérêt de relever que des oppositions analogues sont souvent aussi enregistrées dans la famille du malade qui proteste contre un lever jugé inhumain.

#### B/ Le mutisme -

Si le caractère agressif de l'alitement peut parfois ne pas être parfaitement perçu, il n'en est pas de même pour le mutisme : le mutisme du vieillard, soit total, soit partiel, pose un problème de diagnostic difficile. Il convient bien entendu d'éliminer l'hypothèse d'un syndrome dépressif et seul l'analyse de la mimique, du comportement global, permettra de se faire une idée de l'existence d'une anxiété sous-jacente. Il sera parfois plus difficile, en l'absence de tout élément étiologique, d'écarter l'hypothèse de troubles du langage. On sait qu'il est habituel, chez certains sujets, aphasiques notamment, de se défendre contre le déficit en restreignant dans une attitude hargneuse les contacts verbaux. Enfin, bien entendu, des syndromes plus organiques encore, comme le syndrome P.E.M.A. de GUIRAUD, poseront parfois un problème délicat au psychiatre.

Mais nous avons en vue les manifestations d'un diagnostic plus simple :



- un vieillard, jusque là en bon état, sans antécédents vasculaires, mais dont le caractère difficile a pu être noté, s'installe dans le mutisme. Très souvent - et nous reviendrons sur des faits analogues pour d'autres comportements - cette attitude est élective, s'adressant par exemple à la famille et disparaissant devant des personnes étrangères, les essais de la famille déclanchant au contraire des réactions supplémentaires de bouderie.

C'est en effet aux bouderies de l'enfant que ces mutismes oppositionnels du vieillard font penser, et, comme elles, ils s'installent à l'occasion d'une contrariété, et, comme elles, semblent s'organiser, s'aggraver, se poursuivre - la persévération étant par contre beaucoup plus marquée chez le vieillard - sans qu'on puisse savoir si l'on peut incriminer ici un facteur fondamental, en quelque sorte neurologique, cérébral, ou au contraire un isolement déficitaire et psychologique.

#### C/ Refus d'aliments -

La bouderie, par refus d'échanges verbaux, peut être isolée, ou au contraire associée à la bouderie alimentaire, qui peut, elle aussi, être le seul élément du tableau.

L'importance des comportements oraux chez le vieillard est une donnée clinique très généralement admise. Elle permet de comprendre la fréquence du refus d'aliments qui souvent alterne avec les autres attitudes non moins régressives de gourmandise ou de boulimie. Mais le refus d'aliment se rencontrera en général chez des sujets moins déments, pour lesquels les facteurs caractériels antérieurs seront plus ou moins manifestes.

#### D/ Le gâtisme -

Nous touchons, en matière de conduite excrémentielle,



à des domaines de choix de la régression, mais aussi un chapitre dans lequel les erreurs de diagnostic sont les plus habituelles dans la pratique hospitalière à l'égard du vieillard.

Un malade arrive-t-il à l'hôpital et dans les heures qui suivent souille-t-il son lit, le certificat immédiat portera automatiquement la mention : "gâtisme". Il n'en faut pas davantage pour entraîner l'affectation à un pavillon où le gâtisme est installé et du même coup cultivé.

Cependant, on ne saurait être trop attentif aux conditions d'apparition de ce gâtisme, à ses manifestations, et, du même coup, à en tirer des règles d'activité qui peuvent permettre sa disparition rapide.

Le problème consiste à faire un diagnostic entre un réel gâtisme démentiel et un gâtisme de comportement régressif. Ce sont plutôt les caractères de ce dernier qui permettent d'orienter la distinction. Le gâtisme régressif est ostentatoire : alors que le dément ne paraît en rien attirer l'attention sur son incontinence, le sujet dont le gâtisme a un caractère régressif ne manque pas de manifester sa gêne, proteste violemment, demande à être changé, parfois même accumule des attitudes qui montrent les draps souillés, insiste sur l'abandon dans lequel on le laisse, etc... Fréquemment encore, le sujet qui cultive son gâtisme, présente des exonérations immédiatement après le change, semblant retenir les matières, ou plus fréquemment encore les urines, de manière à se souiller itérativement. Nous avons relevé l'électivité du gâtisme dans une de nos observations ; elle est particulièrement fréquente dans les cas de ce genre : le sujet se mouillant spécialement quand tel ou telle personne est chargée de lui.

Dans quelques cas, beaucoup plus rares, on enregistre des conduites de rétention qui n'ont pas d'autre signification. Mais il est beaucoup plus fréquent, chez des sujets aux approches de la démence, de voir apparaître des conduites excrémentielles plus ou moins légitimées par des



rationnalisations hypochondriaques. Proclamant le caractère constant opiniâtre d'une constipation qui n'est en somme qu'un fantasme le sujet se livre par exemple à des extractions digitales des matières accompagnés de la même ostentation que le gâtisme que nous décrivions plus haut.

En tout état de cause il faut bien insister sur les apparitions brusques, brutales, de l'installation dans le gâtisme et étant donné le caractère protestataire de ce comportement éminemment régressif, il est tout naturel que la séparation du milieu habituel, les frustrations infinies que comporte l'hospitalisation, soient l'occasion essentielle pour l'apparition de ces conduites. Ici encore, le comportement du milieu demande à être particulièrement étudié et l'attitude du personnel jouera un rôle essentiel pour la fixation ou la liquidation très rapide du symptôme.

#### D - Comportement auto-agressif -

Sous cette rubrique générale nous réunirons diverses conduites dont la plus fréquente est sans doute le grattage et l'épilation. Il est assez fréquent au cours de l'examen physique d'un sénile de retrouver des zones plus ou moins étendues de rubéfaction liées à une friction plus ou moins énergique ou à un grattage. Souvent la cause en est rapportée à l'existence de parasites, mais aussi à un prurit sénile bien connu des dermatologistes. Mais une observation plus attentive permet, dans un certain nombre de cas, de constater, une attitude, un comportement, qui ne semblent pas en liaison avec une sensation cutanée de prurit. Le sujet, de façon stéréotypée, frictionne une zone jusqu'à obtenir parfois une ulcération d'autant plus facile à atteindre que la peau sénile desséchée est particulièrement peu résistante. De telles



conduites apparaissant brusquement sans causes autres que psychologiques ne sont pas absolument exceptionnelles et semblent très souvent significatives d'une agressivité qui, cette fois, se retourne contre le sujet dans une dialectique facile à concevoir. D'ailleurs, un certain nombre de malades, parfois les mêmes, réagissent d'une façon plus grossièrement auto-agressive en se frappant sous forme de gifles, ou de coups de poings. Le scénario est presque toujours celui du désespoir succédant à une phase d'inquiétude et provoquant les réactions auto agressives spectaculaires plus ou moins accompagnées de propos amers. Des comportements de ce genre succèdent assez facilement à l'hospitalisation et cèdent en général très vite. Mais au moment du déshabillage et de la mise au lit ils sont particulièrement spectaculaires. Il semble que l'auto-agressivité, sous forme de coups de poing, soit plus fréquente chez les malades hommes, l'épilation et le grattage plus fréquents chez les femmes.

#### F. Syndromes divers

Comme nous l'avons dit il n'est pas possible de faire une liste complète de ces diverses attitudes. Néanmoins, on peut signaler pour terminer, des réactions de masturbation, qui, elles aussi, posent le problème du diagnostic avec les masturbations démentielles.

#### LES RELATIONS DES COMPORTEMENTS REGRESSIFS AVEC LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE LA PATHOLOGIE SENILE.

Chez tous les sujets que nous venons d'évoquer, il convient évidemment de pratiquer un examen neurologique rigoureux et on trouvera assez fréquemment des signes d'une atteinte sénile du cerveau. Il n'existe aucune incompatibili-



té, bien au contraire, entre l'existence d'une artériopathie cérébrale et les réactions régressives. On peut même considérer que chaque tableau sénile pose le problème de l'analyse des divers symptômes qui comportera 3 rubriques essentielles :

- les symptômes déficitaires élémentaires, tels que: les troubles des réflexes, les troubles du tonus, une partie des troubles du langage, la persévération, etc...
- les symptômes déficitaires mentaux qui constituent la détérioration proprement dite des syndromes démentiels;
- et enfin, les modes d'adaptation propres du sujet à la situation nouvelle dans laquelle il se trouve.

C'est dans cette dernière rubrique que selon la plus ou moins grande propension du sujet à la régression on pourra enregistrer des symptômes du genre de ceux que nous allons évoquer plus loin.

Il est intéressant de constater les emprunts, voire les contaminations qui s'établissent entre ces conduites d'adaptation et la sémiologie élémentaire. On sait par exemple que le cerveau sénile entraîne assez fréquemment une propension aux réactions d'itération, ou encore aux réactions de persévération. Des travaux variés ont tenté de mettre en évidence les symptômes liés à certaines destructions électives : on connaît les travaux de LHERMITTE sur les troubles du schéma corporel, chez des malades présentant une hypertension particulière. Ainsi, ces divers éléments fournissent des occasions pour certaines attitudes régressives de se manifester. Il est à peu près impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de fixer dans quelle mesure le cerveau sénile favorise l'itération et les tendances stéréotypées à la répétition. Le même problème se pose par exemple chez des sujets présentant des tendances cataleptiques du type catalepsie des vieillards qui sont très largement utilisées par le malade pour donner à l'ensemble de leur présentation le tour systématique que comporte toute catalepsie.



Il n'est pas jusqu'aux troubles du langage qui fournissent au sujet des occasions d'attitude régressive : il est banal de relever chez les divers auteurs que l'anarthrique voit fréquemment son langage limité à la scatologie. Les rapprochements auxquels nous venons de nous livrer concernant pour la plupart une symptomatologie en apparence stable. Il vaut la peine de réfléchir au fait que cependant les modes d'adaptation régressifs adoptés par le malade sont pour une large part modifiables, clastiques, en fonction même de l'attitude du milieu et nous reviendrons plus longuement sur les grandes règles pratiques que l'on peut tirer de la réflexion sur l'ensemble de ces cas.

ESSAI D'ANALYSE SEMIOLOGIQUE  
D'UNE PSYCHOSE SENILE.

En présence d'un syndrome psychiatrique sénile, en dehors des éléments de pathologie organique auxquels nous venons de faire allusion, il semble que la tâche du psychiatre doive être de dissocier dans le tableau présenté par le sujet les éléments symptomatiques en les classant selon leur signification.

Nous essaierons d'indiquer, à propos d'un cas présenté à une des conférences de sémiologie, du Docteur DAUMEZON, l'application d'une telle attitude.

Mme N.... 68 ans, entre le 28 Novembre 1958 à l'Admission. Le certificat immédiat réalisé au moment du placement d'urgence est ainsi conçu :

"Troubles du comportement de type pré-déméntiel : errance, agitation continuelle, insomnie, menaces continuelles de



se suicider, de se jeter par la fenêtre. Partie ce matin en disant : "je vais me jeter dans la Seine", retrouvée par les agents vers 19 heures. Violente opposition à être ramenée chez elle. Coups à son mari qu'elle empêche de dormir pendant 3 nuits consécutives. A l'examen, visage inexpressif, opposition extrême, inaccessibilité à un raisonnement quelconque. Ces temps derniers dépenses inconsidérées de pâtisseries et a bu en 2 jours trois bouteilles de Cognac. Notion d'un accès dépressif il y a un mois et de deux accès antérieurs, l'un à 18 ans, l'autre en 1952. Une fille décédée en hôpital psychiatrique. Ces renseignements sont donnés par la belle-soeur et le mari qui paraissent sincères et excédés".

La malade, au cours de son séjour dans le service, s'est montrée agitée, protestataire, mais sur un mode anxieux. L'examen sera particulièrement difficile : la malade se présente débraillée, mal peignée, mais arrangeant avec beaucoup d'application et de façon très persévératrice le peignoir hospitalier. Elle cherche à quitter le bureau d'examen où elle n'est entrée que difficilement. Elle se plaint de façon stéréotypée et itérative : "elle veut retourner voir son mari et ses enfants, ici on la torture, pire que les allemands, quel supplice". On l'invite néanmoins à écrire et d'une écriture très fluide, elle commence : "mon cher mari, je suis à Sainte-Anne" et déchire le papier en ajoutant : "ce n'est pas la peine, il a une maîtresse", de telle sorte que nous sommes amenés en analysant les divers éléments de la présentation au cours de l'examen à les décrire sous 4 rubriques essentielles :

l'anxiété : le sujet est inquiet et le malaise submerge toute son attitude. Le masque est douloureux, regards inquiets sur l'entourage, soupirs, désir de fuite.

- correspondant à cette anxiété :



- velléités délirantes, sous la forme d'évocations agressives : elle vit l'examen comme une séance de torture, "c'est pire qu'au temps des allemands", "je ne dis plus rien" "quelle torture".

- l'anxiété entraîne des troubles de l'écoulement du temps : avec horizon bouché, temps suspendu, attente de la torture : "c'est fini". Formules ambiguës : "je ne suis pas venue ici pour être dans les couloirs, je suis venue pour être dans la folie".

Cependant ces éléments d'anxiété n'entraînent pas de trouble très profond de la conscience, il n'existe pas de dé-mence : le sujet est orienté, elle sait où elle est, elle se sait à Sainte-Anne, elle sait qu'elle est arrivée la veille, elle reconnaît l'interne pour l'avoir vu dans la salle, etc.. La présentation est très perturbée par des libérations de bas niveau : la malade gâte sur sa chaise et à cette occasion s'écrit d'une voix de fausset : "voilà maintenant que je me mouille".

- dernier élément : on note l'importance des facteurs itératifs, soit dans le comportement, soit dans les propos.

L'examen physique est par ailleurs négatif et ne permet pas de renseignement utile : tension artérielle : 12/7. Coeur régulier - morphologie : tendance à l'obésité - coupe-rose.

Les éléments que nous venons d'indiquer amènent à mettre l'accent sur l'anxiété qui a les caractères d'une anxiété maniaco-dépressive, mais aussi sur la symptomatologie annexe de caractère régressif. Les renseignements viennent confirmer largement ces derniers éléments, tel par exemple la notion de dépenses inconsidérées de pâtisserie ou la consommation de cognac.



## REFLEXIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

### & PATHOGENIQUES.

Il ne saurait être question dans le cadre d'un travail clinique comme le nôtre d'envisager une revue des diverses conceptions de la régression. Il nous suffira d'indiquer une perspective générale à ce sujet, puis, ayant adopté cette perspective qui nous paraît correspondre au sentiment de la plupart des auteurs, nous nous poserons la question de savoir dans quelle mesure la sénilité correspond à un potentiel propre de régression.

### RAPIDE ESSAI D'UNE CONCEPTION

#### DE LA REGRESSION.

"Le sujet pris entre des nécessités extérieures, son besoin propre de satisfaction et la pesée de son passé vécu, actualise celui-ci dans la mesure où la réalité, trop investie, déclanche une angoisse excessive" (DIATKINE).

La régression peut être physiologique, par exemple les satisfactions liées aux zones érogènes anciennes qui ne constituent pas un mode d'éluder la réalisation des tâches actuelles. C'est ainsi que nombreux sont les sujets qui fument ou qui se livrent ainsi à des régressions n'entravant pas leur adaptation.

Mais la régression qui intéresse le psychiatre est la régression pathologique vers laquelle fuit le sujet pour éviter ses tâches actuelles.

Cette conception de la psychologie génétique de la régression rencontre une catégorie décrite par GOLDSTEIN, celui-ci, constatant l'organisation dans l'intégration à des conduites ordonnées, réalisations heureuses dans les deux sens du



terme. Ces conduites ordonnées préparent des niveaux éventuels pour une régression. On sait que dans la conception goldsteinienne, l'apparition d'un stimulus désagréable chez l'enfant au cours d'un apprentissage fait disparaître l'activité nouvelle, détruit l'équilibre et fait apparaître au contraire la conduite ordonnée antérieure.

A l'extrême, le stimulus désagréable produit la réaction catastrophique, réaction catastrophique qui est l'angoisse selon l'expression de GOLDSTEIN et qui entraîne la disparition du phénomène d'adaptation. La fixation à un niveau inférieur élimine l'intégration perceptive des facteurs de déclenchement, l'angoisse réalisant un équilibre précaire dans une situation ainsi tronquée.

CLAUDE ne disait-il pas que l'hystérie "isole et fixe". On voit que la régression ainsi conçue n'est pas la dissolution mais qu'elle est un phénomène d'adaptation dans le retour à un stade antérieur. On sait que les conceptions goldsteiniennes se sont enrichies ces dernières années de descriptions plus élaborées des divers systèmes d'adaptation, non seulement sur un plan psychologique comme l'étaient les stades des analystes mais sur un stade d'intégration psychosensori-moteur au sens le plus élevé. C'est dans cette perspective générale que nous pouvons, semble-t-il, inclure les divers phénomènes que nous avons décrits.

La sénilisation comporte un potentiel régressif particulier qui peut être schématisé sur des plans divers. Sur le plan de la dynamique psychologique, la sénilité entraîne un certain nombre d'abandon de fonctions, par exemple des fonctions sexuelles, et la désorganisation des éléments extérieurs du comportement du fait des troubles du fonctionnement cortical qui entrave l'intégration du monde extérieur dans le comportement du sujet. Ces éléments peuvent être d'ailleurs envisagés sur un plan neuro somatique à des étages divers. Ainsi la méiopragie est elle corticale comme le montre la



seule caractéristique essentielle des tracés électroencéphalographiques séniles, c'est-à-dire l'extrême labilité de ces tracés, le passage de tracés normaux aux tracés désorganisés. Mais la méiopragie peut être sous corticale et porter spécialement sur les instances d'intégration du corps propre source du tonus postural, élément fondamental de l'intégration des attitudes. Enfin au moins autant la méiopragie peut-elle porter sur le cerveau végétatif qui semble un élément fondamental dans les réactions de type régressif hystéroïde.

Ainsi, soit qu'on se place au plan des significations, soit qu'on se place au plan des structures nerveuses, la sénilisation multiplie les risques de désorganisation et de réactions catastrophiques. Le cerveau sénile est un cerveau lésé et la réaction catastrophique a été tout particulièrement décrite par GOLDSTEIN chez les blessés du cerveau. Nous retrouvons ainsi l'unité dialectique qui détermine la régression. Ces développements plantent en quelque sorte le décor dans lequel celle-ci va se développer. La pathologie du cerveau sénile va osciller de la réaction de catastrophe globale à la régression. Nous n'avons pas la possibilité ici d'étudier la sémiologie propre à la réaction catastrophique, qu'il nous suffise d'en indiquer les deux rubriques essentielles : la désorganisation du comportement et la débâcle végétative. Mais notre propos porte plutôt sur l'autre pôle, celui de l'adaptation du sénile par la régression et c'est ainsi que nous allons retrouver un certain nombre des éléments cliniques enregistrés au passage dans nos descriptions.

o

o      o

Un vieillard menacé de catastrophe se réfugie à un niveau de régression qui a été préparé par son existence antérieure, la fixation préparant la régression comme l'indique



FREUD dans l'Introduction à la Psychanalyse. Selon la personnalité du sujet, la préparation à des niveaux de régression divers est donc fonction de ses fixations névrotiques. Une telle vue des choses aboutit à une hypothèse qui explique qu'une personnalité névrotique très surcompensée fournira une régression plus profonde, plus proche de la réaction catastrophique. Nous avons vu que c'était le cas des sujets présentant des syndromes pseudo-adyamiques.

A l'inverse, des personnalités névrotiques très manifestes qui fournissent la catégorie clinique couramment désignée sous le nom d'arriération affective, aura en quelque sorte préparé à ciel ouvert des régressions plus superficielles.

### CONSIDERATIONS PRATIQUES

La connaissance des syndromes régressifs du vieillard importe particulièrement au médecin, mais aussi aux organismes sociaux ayant la charge du malade. Enfin, elle dicte un certain nombre de règles pratiques fort importantes pour les échelons soignants.

Pour le médecin de pratique générale, un minimum de formation psychiatrique et de flair clinique en ces matières devrait permettre d'identifier d'emblée les tableaux grossièrement régressifs dans les accidents psychopathiques qu'il rencontre fréquemment chez le vieillard. Un tel diagnostic, dont nous avons fourni chemin faisant les éléments essentiels, permettra d'éviter des décisions hâtives d'orientation vers un service psychiatrique dont on connaît trop l'encombrement pour ne pas redouter qu'il soit un lieu de fixation du syndrome plutôt qu'un véritable établissement de cure.



Il appartiendra aussi au médecin devant la constatation de pareils tableaux de conseiller l'entourage pour éviter que celui-ci multiplie les maladresses qui créeraient de nouvelles occasions de régression. Cette tâche sera particulièrement difficile nous l'avons vu, dans la mesure où on ne saurait isoler la régression du sujet du contre-transfert qu'elle suscite ou qui l'a accélérée, nous pourrions presque indiquer que, dans la règle, la plupart des attitudes régressives du vieillard sont des faits d'inter-psychologie dans lequel s'exprime la solidarité du sujet et de son monde limité à ses proches. Nous n'avons pas eu le temps d'entreprendre, comme nous aurions voulu le faire, une étude sociologique des groupes dans lesquels vivait le malade. Mais il apparaît pour autant qu'on peut décrire des milieux névrotiques comme on parle de personnalités névrotiques : il s'agit de groupes sociaux plus ou moins menacés, attardés à des modes d'adaptation antérieure plus ou moins archaïques et vers lesquels le groupe régresse comme le sujet névrotique tant à le faire devant l'angoisse.

Ainsi apparaît le monde du vieillard et spécialement du vieillard appartenant à une classe déclinante.

Mais les conséquences pratiques les plus claires que nous pouvons tirer de notre étude sont celles qui s'appliquent au milieu de traitement et en particulier au personnel hospitalier.

Nous croyons pouvoir essayer de schématiser ces règles dans quelques directions précises :

Un des buts du traitement doit être de réinsérer le sujet dans son cadre familial idéo-praxique : le cerveau sénile, avec ses difficultés de fonctionnement cortical, doit être en quelque sorte sollicité dans le sens des facilités d'intégration. La conduite du personnel doit orienter le malade vers des circuits idéo-affectifs, idéo-praxiques élémentaires et familiers. Nous voyons là l'importance qu'il



y a à fournir quelques activités simples mais d'une façon plus élémentaire encore des attitudes correspondant au personnage social du malade. Nous mesurons combien déstructurante peut être la situation d'hospitalisé totalement dépendant, sans auditoire, sans public, sans obligations de prestance, alors qu'au contraire, le but à poursuivre doit être de fournir tous ces facteurs sollicitant un personnage normal et adapté. C'est dire que l'attitude affective adoptée à l'égard du malade joue un rôle considérable et que ce qui est en cause ici ce n'est pas tant les connaissances de savoir du personnel que son organisation affective propre. Comme toujours lorsqu'il s'agit de traiter des malades mentaux le rôle de la personnalité du personnel est un des facteurs déterminant primordiaux.

Mais on aurait tort de limiter les ambitions à un niveau qui paraîtra souvent trop élevé. A l'échelle des soins infirmiers les plus matériels, on retrouvera toutes les conduites sécurisantes qui jouent un rôle considérable pour éviter la réaction de catastrophe. Il en est d'ailleurs de même dans le cadre de l'examen psychiatrique : souvent l'interrogatoire avec ses questions inquiétantes et saugrenues est en lui-même un facteur d'angoisse considérable. A l'inverse, un bon examen psychiatrique a pour effet de replacer le sujet dans un cadre adapté. Peut-être vu sous un certain angle pourrait-on dire à niveau de régression qui, coïncidant avec la réalité, est un facteur d'adaptation et non plus un facteur de fuite.

Tel malade qui entre dans le bureau médical totalement désorienté en ressort apaisé, après une conversation restructurante qui, partie de quelques données élémentaires géographiques, l'a réinstallé dans son paysage familial.

Au niveau de l'infirmier, les mêmes éléments se retrouvent dans les soins élémentaires que représentent l'installation dans le lit, dans le fauteuil, le confort du coucher, l'adaptation dans le maniement du corps , qui,



au lieu de créer l'angoisse réintègre le sujet dans son schéma élémentaire.

Ainsi voyons-nous se dessiner un ensemble de soins à la fois très simples et très subtiles qui permettront de lutter efficacement contre la régression. Il convient d'y adjoindre des perspectives thérapeutiques, biologiques, sous la forme d'une part de psychotoniques discrets, et d'autre part d'une corticothérapie très prudente qui favorise la restructuration.

====  
==  
=



## CONCLUSIONS

-----

- I - Le nombre croissant d'affections psychiatriques de la sénilité coïncidant avec l'augmentation de la population sénile, impose une attention particulière à l'égard des manifestations psychiatriques chez le vieillard.
- II - A côté des grands syndromes classiques et bien connus, à côté des syndromes démentiels banaux, il convient de faire une place particulière à des aspects symptomatiques dont la connaissance est nécessaire pour éviter un certain nombre de fausses manoeuvres.
- III- Nombre de ces aspects symptomatiques passagers peuvent être considérés comme des réactions régressives de la personnalité du vieillard par ailleurs plus ou moins taré, plus ou moins déficitaire.
- Il a paru possible de décrire parmi les syndromes rapidement réversibles, 3 ordres de phénomènes distincts:
- A/ Un syndrome pseudo-adynamique représentant une apparence d'anéantissement total, rapidement réversible comme rapidement installé .
- B/ Les syndromes de puérilisme aigu correspondant à la description originale de DUPRE, beaucoup plus rares, mais particulièrement intéressants à étudier étant donné leur signification facilement perméable,
- C/ Les symptômes régressifs polymorphes, isolés ou associés à d'autres éléments d'un tableau psychiatrique. Ces divers symptômes ont été groupés sous 4 rubriques essentielles :
- a) la dépendance captative
  - b) la pseudo-mélancolie pleurnicharde
  - c) les syndromes oppositionnels à note agressive,
  - d) les symptômes auto-agressifs.
- IV - Un essai d'interprétation de ces syndromes par une mise en place de la régression chez le vieillard et des facteurs spécifiques de régression du cerveau sénile a été tenté.



V - La connaissance de ces mécanismes et de ces syndromes peut permettre une meilleure adaptation du médecin, de l'entourage, du personnel, et, dans un certain nombre de cas, entraîner la régression rapide du tableau perturbé.

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine de Paris,  
L. BINET.

Le Président du Jury  
de Thèse  
J. DELAY.

Vu et permis d'imprimer  
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS  
Le Vice-Président du Conseil de l'Université  
de Paris : A. AYMARD.



## BIBLIOGRAPHIE

- BALLET Gilbert-  
Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française -  
1894 -
- BALLET Gilbert-  
Etat mental des hystériques - Traité de Pathologie Mentale
- BONHOMME-  
Annales Médico-Psychologiques, 1916-1917, p.384
- BONNAFE - BONVALET - ACHARD-  
Réflexions sur l'internement des vieillards difficiles - Infor-  
mation Psychiatrique, Février 1958, p.103
- BOUTONIER Juliette-  
L'Angoisse - Presses Universitaires de France, 1945
- BRIQUET-  
Traité de l'Hystérie. Baillière, Paris 1859.
- CHARPENTIER & COURBON-  
Encéphale 1909, T.2, p. 319 et 513
- CHASLIN P.-  
Eléments de séméiologie et clinique mentale - Paris Houzeau  
Ed. 1918, p.259-260
- CLAUDE-  
Définition de l'hystérie - Congrès Genève-Lausanne, 1907
- CODET (Mme O.)  
Séméiologie des arriération affectives - Evolution Psychiatri-  
que - 1937, p.3, T.1.
- COLLIN-  
Essai sur l'état mental des hystériques - Thèse Paris 1890
- DAUMEZON-  
Réflexions sur la séméiologie psychiatrique - Evolution Psychia-  
trique, 1957, fasc. 2, p.207.
- DAUMEZON - KOECHLIN, PAUMELLE.  
Arriération affective systématique - Congrès des Aliénistes &  
Neurologistes de Langue Française - Rennes 1951-
- DIATKINE René-  
La notion de régression - Evolution Psychiatrique 1957, fasc.3  
p.427.
- DIDE et GUIRAUD-  
Psychiatrie pratique, 1956, p.165 - 176.
- DUPRE -  
Congrès de Bruxelles, 1903, T.2, p.268  
Congrès de Pau, 1904, p.199  
Annales Médico-Psychologiques, 1909, T.1, p.110  
Annales Médico-Psychologiques, 1909, T.II, p.313



DUPRE et TARRIUS-  
 Annales Médico-Psychologiques, 1910, T.II, p.468

de FLEURY-  
 Contribution à l'étude de l'hystérie sénile, Thèse Paris 1890

FREUD-  
 L'Introduction à la Psychanalyse - Traduction Jankelevitch -  
 Payot, Paris.

GILLES de la TOURETTE-  
 Traité Clinique & Thérapeutique de l'hystérie Paris Plon & Oury  
 Editeurs, 1891.

GOLDSTEIN Kurt-  
 La structure de l'organisme - Traduction Française - Gallimard  
 1951

GUIRAUD-  
 Psychiatrie Générale, Le François Editeur, 1950

GUIRAUD-  
 Psychiatrie Clinique, 3ème Edition, Le François Editeur, 1956

JANET-  
 Etat mental des hystériques - Alcan, Paris 1893/94

JANET-  
 Nevrose et Idées fixes. Alcan, PARIS 1898

KAMERER, SINGER & ISRAEL-  
 Manifestations hystériques et troubles de la conscience au cours  
 de processus cérébraux évolutifs. Cahiers de psychiatrie de Stras-  
 bourg, n°11 et n°12 (1956 et 1957)

LARUELLE-  
 Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique- 1908  
 n° 140 et 141.

LEGRAND DU SAULX-  
 Les hystériques - Paris 1891.

LENNART LJUNGBERG-  
 Acta Psychiatrica et Neurologica - Scandinavica - Supplément  
 112, Vol. 32 - Ejnar Munksgaard - Copenhagen - 1957

LOGRE & DESHAIES-  
 L'ictus psychique - Semaine des Hôpitaux, 1940.

MARCHAND-  
 Société Médico-Psychologique, 17 Déc.1951.

MARCHAND-  
 Annales Médico-Psychologiques, 1952, T.1, p.79.

MILLON Robert-  
 Désagrégation du moi et schéma corporel dans la catastrophe  
 existentielle schizophrénique, Thèse Paris 1950.

MIRA Y LOPEZ E.  
 Psiquiatria - Tome 1.

MOURGUE-  
 La conception de la neurologie dans l'oeuvre de Kurt Goldstein  
 Encéphale 1937, Tome 1, p.32



PIERON-

Revue de Médecine : Mai-Juin 1919

Plan quinquennal d'équipement sanitaire (Assistance Psychiatrique - Lutte contre les maladies mentales) - Information Psychiatrique, Juillet 1953, N°6, 29ème année, 4ème série, p.167-168

POROT (Dr. Antoine)

Manuel alphabétique de Psychiatrie - Presse Universitaire de France, 1952.

SALMON A.

Le cerveau organique considéré comme le siège principal des phénomènes hystériques - Encéphale 1950, p.511.

SOLLIER -

Génèse et nature de l'hystérie, Paris 1897.

WIERSMA-

Psychology of dementia - J. of Mental Science, 76, 1930.

-----





